

DE
LA FISTULE ANALE
ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

N. FRANCOU

Interne des Hôpitaux de Lyon



LYON
IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

Juillet 1884

DE
LA FISTULE ANALE
ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

N. FRANCOU

Interne des Hôpitaux de Lyon



LYON
IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	}	DOYEN.
BONDET.		
CROLAS.		ASSESEURS.
MONOYER		

PROFESSEURS ET PROFESSEURS-ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	MORAT.
Anatomie générale et histologie.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (Raymond).
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU.
Chimie minérale.	GLÉNARD.
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE.
Physique médicale.	MONOYER.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Pharmacie	CROLAS.
Pathologie interne.	J. TEISSIER
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Matière médicale et Botanique.	CAUVET.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Médecine opératoire	PONCET.
	LÉPINE.
Cliniques médicales	{ BONDET.
	{ RAMBAUD, professeur-adjoint
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	{ TRIPIER (LÉON).
	{ BOUCHACOURT.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{ DELORE, professeur-adjoint.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ M. CHARPY
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSON	VINCENT	
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉON TRIPIER, président; M. OLLIER, assesseur; MM. LEVRAT et CHANDELUX, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LÉON TRIPIER

A MES MAÎTRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554216_0018

INTRODUCTION

La fistule anale a toujours été le sujet de nombreuses discussions, au point de vue de son étiologie, de son pronostic et de son traitement. Depuis quelques années, l'attention a été attirée sur la forme particulière de certains ulcères fistuleux de l'anüs, sur leur coïncidence fréquente avec la phthisie pulmonaire ; on s'est demandé si la fistule ne serait pas souvent de nature tuberculeuse. Il y avait donc lieu de rechercher si l'on ne trouverait pas, dans la fistule anale, le bacille de Koch.

En outre, l'opération rationnelle de la fistule était suivie de conséquences tellement graves, de complications si meurtrières, que fréquemment le chirurgien était obligé de recourir à des méthodes de traitement incomplètes, à des moyens palliatifs, quelquefois simplement moraux. Le pansement de Lister lui-même était impuissant contre ces accidents, parce que l'oc-

clusion, base fondamentale de la méthode, ne peut être obtenue par les procédés ordinaires. Mosetig-Moorhof, Mickulicz, Paneth, ont montré, qu'au pourtour des orifices naturels, l'iodoforme paraît être un agent antiseptique supérieur à l'acide phénique. Déjà de nombreux travaux, publiés surtout en Allemagne, ont prouvé l'efficacité de cette substance dans les cas d'extirpation des cancers de la langue, de résection des maxillaires, de plaies des fosses nasales et des voies génitales de la femme ; mais les résultats obtenus au niveau de l'orifice anal ne sont signalés nulle part, malgré son emploi. C'est ce qui nous décide à publier la pratique de M. le professeur L. Tripier, et les résultats qu'il a obtenus dans ces cas à la clinique chirurgicale de Lyon.

Notre travail a donc pour but de montrer que l'on peut obtenir une asepsie, aussi complète que possible, dans l'opération de la fistule anale. En outre, les indications de l'opération pouvant être modifiées suivant la nature des trajets fistuleux, nous indiquerons, tout d'abord, l'étiologie de cette affection et les recherches que nous avons pu faire au point de vue de ses relations avec la tuberculose. Quant à la pathogénie, à l'anatomie pathologique, et à la symptomatologie, nous ne ferons que signaler les points principaux.

Ce travail a été fait sous les auspices de M. le professeur L. Tripier. Que cet excellent maître veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour les conseils qu'il nous a prodigués pendant le cours de nos recherches, et pour les nombreuses

marques d'intérêt qu'il nous a données pendant la durée de nos études.

Nous remercions aussi notre collègue et ami, M. François Leclerc, qui a mis gracieusement à notre disposition sa connaissance approfondie de la langue allemande, ainsi que MM. Rodet, Gangolphe et Françon, qui ont bien voulu nous aider dans notre travail.

DE

LA FISTULE ANALE

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT

HISTORIQUE

Gosselin donne le nom de fistules à l'anus, à des orifices et conduits anormaux étendus de la peau à la paroi rectale et donnant issue soit à du pus seulement, soit à du pus et à quelques matières intestinales liquides ou gazeuses.

La fistule à l'anus est déjà décrite dans les livres hippocratiques ; on avait remarqué que la phthisie était soulagée par des hémorroïdes.

Les anciens, sans doute sous l'influence de l'aphorisme d'Hippocrate : « Tu n'offenseras nullement l'intestin droit en le coupant, en le tranchant, en le cautérisant et pourrissant. » (*Livre des Hémorroïdes*, Littré, t. vi, p. 437), sont très circonspects et emploient surtout la ligature ; pour les cas graves, ils n'emploient que des moyens palliatifs. Celse (*De re*

medica), décrit les accidents de la fistule. Avicenne (*Avicen. medicorum Arabum principis, etc. per Joannes Hernajios*. Bâle, 1556) discute les diverses opérations. Il préconise la ligature ; mais il signale l'incontinence des matières fécales consécutives à la section du sphincter.

A partir de la Renaissance, la grande préoccupation réside dans les callosités que l'on enlève avec le plus grand soin et au grand détriment des tissus. En même temps, apparaît la théorie de l'émonctoire.

Guy de Chauliac (1350) est trop timoré, il craint l'incontinence dans les cas simples, la présence des callosités seule justifie l'emploi des méthodes énergiques. Sous l'empire de cette doctrine, la fistule anale est considérée comme une maladie très grave, souvent incurable, dont le traitement expose les malades aux plus grands dangers.

Petri de Marchettis (1665) fait une étude sérieuse et magistrale de la fistule anale ; il distingue : 1° les fistules locales au début, qui amènent la cachexie des malades par la souffrance et par les produits délétères versés dans la circulation ; 2° les fistules qui semblent être la conséquence d'un état cachectique (fistule des cacochymes). Le premier, il établit une statistique. Il a opéré plus de six cents malades. Il veut que l'on opère toutes les fistules, même les plus profondes.

En France, ce n'est que sous Louis XIV que l'on fit une étude approfondie de la fistule anale et surtout de son traitement. On reconnut, après une enquête minutieuse et de nombreuses expériences cliniques

que le seul traitement est l'incision suivie de la cauterisation du trajet. C'est à cette méthode de traitement que Louis XIV fut soumis, et, pour la circonstance, on fit fabriquer un syringotome spécial, dit bistouri royal.

Plus tard, l'attention fut attirée sur la coïncidence fréquente de la phthisie et de la fistule anale, et, bientôt, la crainte d'aggraver l'état général arrêta le chirurgien.

Ribes (1826-1841) rend un grand service en indiquant le siège de l'orifice interne.

Boyer trace de main de maître l'histoire de la fistule anale; et, maintenant encore, c'est la meilleure description que l'on puisse en faire. Il préconise, lui aussi, l'incision au bistouri.

Cette opération, quoique d'une gravité moins grande que l'excision, était cependant encore redoutable, surtout à cause des complications qui la suivaient (érysipèle, pyohémie, etc.). C'est pour se soustraire à ces accidents que Chassaignac se servit de l'écraseur linéaire, et c'est dans le même but que Allingham chercha à vulgariser la ligature élastique.

Jusqu'ici, on admettait que la persistance de la fistule anale était due à la disposition anatomique de la région et au passage des matières fécales dans le trajet fistuleux.

En 1875, Verneuil (*De la chirurgie réparatrice, Etudes de physiologie pathologique*, page 219) considère un trajet non cicatrisé comme une plaie ordinaire, un ulcère n'ayant de spécial que sa forme. Pour lui, la persistance de la fistule anale est due au

mauvais état de la constitution, à la rétention du pus, ou à un vice local de la membrane granuleuse. Il n'admet pas que la fistule guérisse, lorsque la graisse disparue consent à reprendre sa place.

Hérard et Cornil (*De la phthisie pulmonaire*) remarquent que le pus contenu dans quelques abcès de la fosse ischio-rectale ont tous les caractères physiques et microscopiques de la matière caséuse.

Kœnig (1881) ne met plus en doute l'origine tuberculeuse des fistules anales ; il préconise l'incision, le raclage et le pansement antiseptique.

Verneuil montre à la Société de chirurgie (1883) que si l'opération de la fistule chez les phthisiques n'a pas d'effet localement, elle modifie souvent avantageusement la marche des lésions pulmonaires.

Enfin, Robert Smith (*Britisch medical journal*, 30 juin 1883) a trouvé dans le pus d'un abcès de la marge de l'anus, chez un phthisique, le bacille de la tuberculose en assez grande quantité.

ÉTIOLOGIE

L'histoire des fistules, ainsi que l'a dit Cruveilhier, est celle des causes qui les produisent, et presque toujours la fistule est la conséquence d'un abcès qui a été mal ouvert, soit par la nature, soit par l'art.

Au pourtour de l'anus, les abcès sont dus à des causes multiples que nous expliquera la physionomie de la région.

Le rectum, appliqué d'abord à la face antérieure du sacrum, s'en éloigne peu à peu pour plonger dans une atmosphère cellulo-graisseuse qui remplit l'excavation périnéale, dont il occupe à peu près le centre. Ce vaste espace est coupé en deux par le releveur de l'anus et son aponévrose (aponévrose pelvienne supérieure, fascia pelvia); l'un est l'espace pelvi-rectal supérieur décrit par Richet; l'autre est l'espace pelvi-rectal inférieur, ou fosse ischio-rectale de Velpeau. Le premier s'étend du fascia pelvia au péritoine

et entoure complètement le rectum. Le second a la forme d'un cône aplati transversalement et à base inférieure cutanée; il s'étend de l'ischion, contre lequel le muscle obturateur est fortement appliqué par son aponévrose, au rectum, dont il est séparé par le releveur de l'anus et le sphincter externe. Il y a donc latéralement, de chaque côté du rectum, deux vastes cavités remplies de tissu cellulaire (fosses ischio-rectales).

Au niveau de ces deux fosses, en avant et en arrière du rectum, on trouve encore du tissu cellulaire. En arrière, la couche qui le sépare des parois osseuses est peu importante; en avant, l'écartement du rectum et de l'urèthre donne naissance à un nouvel espace, triangle recto-urétral, comblé, lui aussi, par du tissu cellulaire, et qui n'est important que par ses connexions avec le canal de l'urèthre.

Le rectum est donc entouré de toutes parts par du tissu cellulaire, au milieu duquel il est maintenu dans une position fixe, assujetti par le *fascia pelvia* et le releveur de l'anus, dont les fibres viennent se continuer sans ligne de démarcation avec celles du sphincter, de telle sorte qu'il ne peut se rapprocher des parois pelviennes. En outre, la tunique muqueuse du rectum n'est pas unie intimement à la tunique musculaire; elles sont séparées par une sorte de tissu cellulaire lâche, qui communique directement avec celui des espaces pelvi-rectaux par les vaisseaux et les nerfs, par des hernies graisseuses ou des diverticules. Cette région est donc éminemment favorable à la formation d'abcès, et par là, de fistules.

Les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur sont relativement rares. On admet qu'elles sont dues à des causes identiques à celles qui amènent celles des fosses ischio-rectales ; mais il faut se rappeler que cet espace est en rapport direct avec le péritoine, qui le limite en haut, et qu'il communique avec le tissu cellulaire qui remplit les fosses iliaques ; chez la femme, il est aussi en rapport avec les ligaments larges ; sa portion antérieure est occupée par le rectum qui n'est séparé du bas-fond de la vessie, des vésicules séminales et de la prostate, que par une lame cellulo-fibreuse dite : prostatopéritonéale. Le début des accidents pourra donc remonter à une lésion de ces organes ; enfin l'origine peut être ostéopathique.

Les fistules de l'espace pelvi-rectal inférieur sont les plus importantes et les plus fréquentes. L'inflammation du tissu cellulaire, qui comble ce vaste espace, peut survenir sans cause connue ; mais le plus souvent, elle peut être rapportée tantôt à des causes locales, tantôt au mauvais état général du sujet, dépendant le plus souvent des diathèses scrofuléuses ou tuberculeuses.

Les abcès idiopathiques sont rares ; ils coïncident quelquefois avec un mauvais état général, et alors c'est à une diathèse qu'il faut les rapporter. Si l'abcès est superficiel, s'il reste localisé, la fistule ne survient généralement que si la collection purulente est mal soignée, si on laisse des clapiers, si le pus n'est pas évacué à temps. Mais, si l'on est en présence d'un phlegmon suraigu de la fosse ischio-rectale, qui

détruit en quelques jours tout le tissu cellulaire, en produisant des désordres énormes, la conséquence forcée sera une fistule anale pour le moins passagère.

Le plus souvent, les abcès de la fosse ischio-rectale sont dus à des causes locales. Les traumatismes, un violent coup de pied sur l'anus, un voyage prolongé, l'équitation, peuvent leur donner naissance. Il en est de même de la perforation des tuniques du rectum par la canule d'une seringue, de l'exploration rectale pratiquée brusquement, l'ablation de tumeurs, la pression exagérée de la tête du fœtus sur les parties molles du bassin; mais tous ces cas sont rares. Généralement, les abcès sont dus à la propagation d'une inflammation de voisinage.

C'est ainsi que les abcès tubéreux peuvent se terminer par une fistule. Ces petits tubercules, développés plutôt dans l'épaisseur du derme que dans le tissu cellulaire sous-cutané, doivent être considérés comme de simples furoncles de l'anus. Ils sont dus à l'inflammation des glandes sudoripares, des glandes sébacées, des follicules pileux, ou même des petits follicules glanduleux qui s'ouvrent au fond des plis radiés de la marge de l'anus, où ils sécrètent un liquide âcre et odorant. Le plus souvent, ces petits abcès, semblables à ceux que l'on trouve au creux axillaire, se terminent de la façon la plus simple et guérissent spontanément, après s'être ouverts à la peau; mais lorsque l'état général est mauvais, l'inflammation se propage au tissu cellulaire sous-cutané, et même à la fosse ischio-

rectale. Il s'ensuivra une fistule borgne externe qui ne tardera pas à devenir complète. Le plus souvent, la fistule qui succède à ces abcès a un orifice externe très rapproché de l'anus, et l'orifice interne est peu élevé. La propagation de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané à la fosse ischio-rectale est d'autant plus facile, qu'ils ne sont séparés par aucun tissu, qu'il n'y a entre eux aucune ligne de démarcation; ils se continuent directement l'un l'autre (1).

D'autres fois, les abcès périrectaux succéderont à une angioleucite due elle-même à une excoriation de la peau ou de la muqueuse. C'est ainsi qu'à la suite d'intertrigo ou d'érythème dus au frottement des parties les unes contre les autres, à l'irritation développée sous l'influence de la malpropreté des liquides sécrétés par les parties voisines (l'utérus par exemple), on voit survenir une traînée de lymphangite; et rapidement le malade est pris de frissons, le tissu cellulaire périrectal s'enflamme, l'abcès s'ouvre dans le rectum, puis il se fait des décollements, et un phlegmon peut apparaître dans les deux fosses ischio-rectales. En huit jours, d'après Després, le phlegmon a décollé la peau de l'anus et il se forme des abcès

(1) M. le professeur Tripier, dans une leçon clinique récente, a émis l'opinion que souvent ces abcès tubéreux ont la même origine que les furoncles anthracoides de la main ou de l'avant-bras. Pour lui, à la suite d'un traumatisme (frottement), il y a éraillure d'un follicule pileux, puis contamination de cette petite plaie par un agent septique, et enfin formation d'un abcès. M. Tripier a observé que ces abcès siègent toujours à la base d'un poil. Pour la région anale, le contagement sera évidemment plus facile que partout ailleurs.

multiples qui s'ouvrent au pourtour de l'anús et sur les fesses; d'où fistules en fer à cheval, fistules en arrosoir sur une peau violacée et amincie à orifice interne très élevé, que Boyer ne voulait pas opérer.

Les hémorrhôides enflammées sont aussi très souvent la cause du mal. Les veines hémorrhôidales sont très abondantes. Elles forment un réseau très serré, plexiforme, qui passe à travers des boutonnières musculaires; de plus, elles sont dépourvues de valvules comme tout le système Porte. Par suite de cette disposition, elles deviennent fréquemment variqueuses. Puis, après un temps plus ou moins long, les parois veineuses des hémorrhôides peuvent s'enflammer et donner lieu à des abcès de voisinage qui se termineront par des fistules. Mais, en outre, chez les gens amaigris, chez lesquels il y a fonte du tissu cellulaire au-dessus de la membrane muqueuse du rectum, les veines qui dans cette région supportent une pression très forte ne sont plus soutenues suffisamment; de là des congestions, des hyperhémies passives, qui prédisposent aux inflammations. A la suite de phlébite hémorrhôidale, c'est-à-dire après une induration douloureuse de l'hémorrhôide, il survient tantôt une évacuation de sang noir, tantôt un abcès de la marge de l'anús dans un des plis où l'on rencontre habituellement les hémorrhôides. Cet abcès peut se fermer rapidement, cependant le malade souffre en allant à la selle et rend des glaires; il se forme de nouveaux petits abcès que l'on incise et l'on a une fistule. D'autres fois, l'hémorrhôide s'ouvre dans le rectum; puis il se forme un abcès chaud

de la marge de l'anus; on a une fistule complète. Ces abcès surviennent avec d'autant plus de facilité, que le tissu sous-muqueux du rectum est aussi ébranlé, il se relâche et se déchire sous l'influence du moindre effort : détécation, toux (Allingham, Esmarch), d'où des tiraillements qui favoriseront l'inflammation.

Une cause fréquente de fistules, est la rectite chronique. Cette affection est due à l'influence du froid, séjour sur l'impériale d'un omnibus (Allingham), un manque de soins et de propreté, à la pédérastie passive. Mais le plus souvent elle survient à la suite de la dysenterie et de la diarrhée chroniques. Enfin, ses causes peuvent nous échapper complètement. Pour Després, il y aurait alors une phlébite péri-rectale, c'est-à-dire une thrombose des veines rectales, puis abcès autour de la veine et abcès de la marge de l'anus. On sent alors dans le rectum des veines noueuses (tubercules de la muqueuse) et autour de la fistule, des indurations de même genre. En outre, à l'ouverture de l'abcès, il sort un caillot sanguin ayant la forme d'une veine. On ne doit pas confondre ces bosselures veineuses avec les nodosités tuberculeuses proprement dites, dont il sera question plus loin.

Les corps étrangers (arêtes, os, verres, scybales, vers intestinaux chez les enfants), déterminent d'abord une plaie de la muqueuse rectale et une inflammation périphérique. L'abcès se vide dans le rectum, puis les matières et les gaz s'engagent dans l'abcès et une collection purulente se développe à la

marge de l'anus. Ces accidents se développeront d'autant plus vite qu'il surviendra de la diarrhée.

Les mêmes phénomènes pourront se produire toutes les fois qu'une ulcération siègera sur la muqueuse rectale, à la suite d'un chancre, d'un carcinome, d'un ulcère tuberculeux. Néanmoins les fistules ne sont pas très fréquentes à la suite des chancres et des cancers. Et quand elles surviennent, elles sont produites souvent, non pas par l'ulcère, mais par le rétrécissement qui en résulte.

H. Chiari (*Stricher's mediz. Jahrb. Heft. 4, 1878*) décrit des diverticules formés par une hernie de la muqueuse anale à travers les couches musculuses, et ayant pour origine les points faibles de la paroi. Ces diverticules constitueraient de petites fistules borgnes internes, où les débris de matières fécales ou des corps étrangers (pépins de raisins), pourraient s'accumuler et déterminer de véritables fistules. Ces petites hernies de la muqueuse avaient déjà été décrites par Cruveilhier sous le nom de hernies tuniquaires. (*Anat. pathol. génér.*, t. 1, page 590 et suiv.)

Comme causes des fistules anales, on doit citer encore les rétrécissements du rectum. Les uns sont dus à une exagération de l'état normal, les autres sont accidentels.

A la partie supérieure de l'ampoule rectale, au niveau de sa jonction avec la portion sus ampullaire, on trouve des faisceaux de renforcement de la tunique musculuse, qui constituent pour quelques auteurs un véritable sphincter. Pour Nélaton, ces fibres pour-

raient constituer un diaphragme percé d'un orifice plus ou moins étroit et formant un rétrécissement valvulaire.

Tillaux (*Traité d'anatomie topographique*, 1^{re} édition, page 1012) décrit un rétrécissement partiel occupant la paroi postérieure du rectum à l'union de la portion sphinctérienne et de la portion ampullaire, qui serait dû à une exagération de la disposition normale. En effet, la muqueuse est soulevée par le bord supérieur du sphincter interne, qui forme en arrière un rebord plus ou moins saillant; que par suite d'une cause quelconque (dysenterie, diarrhée rebelle), il y ait une induration locale, on aura une bride transversale qui, au lieu d'être facilement dépressible, sera dure, résistante, absolument dépourvue d'élasticité. Les matières fécales s'accumulent en arrière de ce rétrécissement et donnent naissance à une fistule. Tillaux a observé plusieurs cas de ce genre et cite une observation.

Le rétrécissement syphilitique siège ordinairement à l'union de la portion sphinctérienne et de la portion ampullaire.

Enfin, la muqueuse du rectum est fréquemment atteinte d'épithélioma, de cancers colloïdes, de polypes qui rétrécissent le calibre du rectum; de même que souvent à la suite de dysenterie on trouve des brides cicatricielles qui déterminent un rétrécissement.

Comme causes des fistules anales, tous ces rétrécissements agissent de la même manière. La partie située au-dessus de l'obstacle se distend; mais la mu-

queuse irritée par le contact incessant des matières fécales s'enflamme, s'excorie et sécrète du pus. L'inflammation de la muqueuse peut se propager aux parties voisines et rayonner tout autour du rectum : « Ainsi se développent certains abcès de la fosse ischio-rectale qui viennent s'ouvrir à la peau et restent fistuleux ; d'autres suivent la concavité du sacrum et s'ouvrent au niveau du coccyx ; d'autres enfin, mais plus rarement, se portent en avant et s'ouvrent au niveau du périnée ou bien sur les côtés de la vulve et dans le vagin chez la femme. » (Tillaux.)

Nous n'insisterons pas sur les fistules consécutives aux lésions des organes voisins : uréthrite, inflammation des glandes de Cooper, de la prostate, des vésicules séminales, abcès urinaires. Le plus souvent il ne se développe pas d'accidents du côté de l'anus, ces organes étant bridés par l'aponévrose moyenne du périnée et l'aponévrose prostato-péritonéale. Cependant, on a vu des abcès de cette région s'ouvrir dans le rectum ou se propager à la fosse ischio-rectale. Il en est de même pour les phlegmons du petit bassin et notamment des ligaments larges qui généralement restent circonscrits à leur région.

Quoiqu'on ait vu survenir quelquefois des abcès de la fosse ischio-rectale à la suite d'intervention chirurgicale (la taille par exemple), cet accident est rare et les fistules consécutives ne persistent pas.

Quant aux fistules ossifluentes, tout l'intérêt se porte sur l'affection osseuse et d'elle seule dépend le sort de la fistule (sacrum, coccyx, ischion, vertèbres dorsales ou lombaires).

En terminant, nous croyons devoir signaler une opinion émise par M. le professeur L. Tripier, relativement à l'adéno-phlegmon des ganglions lymphatiques qui se trouvent en arrière du rectum et qui se développerait à la suite de rectite chronique. On sait, en effet, que les lymphatiques du rectum sont très nombreux ; les supérieurs se rendent à une série de ganglions situés en arrière du rectum dans l'épaisseur du mésorectum, où ils forment une chaîne qui se continue avec celle des ganglions lombaires. Les inférieurs suivent la face interne de la cuisse et aboutissent aux ganglions internes du pli de l'aîne ; ces derniers naissent exclusivement de la peau de la marge de l'anüs. Ceux qui naissent de la muqueuse anale ou rectale se portent tous dans les ganglions du mésorectum. Ne pourrait-on pas admettre ici ce que Velpeau admet pour les adéno-phlegmons de la région sous-maxillaire : Rectite, propagation de l'inflammation aux ganglions, puis au tissu cellulaire environnant, d'où abcès, etc.

Jusqu'ici nous avons, à dessein, laissé de côté l'influence de la tuberculose sur le développement des fistules anales, parce que cette question, depuis quelque temps, est entrée dans une phase nouvelle et mérite, suivant nous, toute l'attention des cliniciens.

Depuis Hippocrate, on avait remarqué que souvent, la fistule anale coïncidait avec la phthisie ; plus tard, on la regarda comme un émonctoire salutaire de l'affection pulmonaire. Andral et Louis donnent la fistule comme une complication rare de la phthisie, tandis que les chirurgiens donnent la phthisie comme

une complication fréquente de la fistule. Allingham, émet cette opinion : « l'ulcération tuberculeuse, bien que commune dans l'intestin grêle chez les jeunes sujets, est rare chez l'adulte et surtout rare dans le rectum ». « J'ai vu rarement l'ulcération du rectum coïncider avec la tuberculose du poumon. » Pour lui, les fistules à l'anus sont les conséquences de l'état de débilité et de la mauvaise nutrition du phthisique.

La question fut reprise au sujet de l'étude de la phthisie laryngée et de la tuberculisation du tube digestif. Hérard et Cornil (*De la phthisie pulmonaire*, p. 403) avaient remarqué que le pus contenu dans quelques-uns des abcès de la marge de l'anus avait tous les caractères physiques et microscopiques de la matière caséeuse.

Pozzi, dans la thèse de Guerlin (*Fistules à l'anus chez les tuberculeux*, Paris 1878) pense que la prostate, les organes génito-urinaires et surtout la vésicule séminale sont envahis par des produits néoplasiques ; ces tubercules déterminent des solutions de continuité qui, bientôt, dépassent les limites de l'organe où elles ont pris naissance, empiètent sur les parties voisines, et, trouvant un tissu favorable, déterminent, ici, des ulcérations ou des perforations, là, de petits abcès qui, plus tard, deviendront le point de départ de trajets fistuleux.

Jusqu'ici on soupçonnait donc la tuberculose anale, mais on ne l'affirmait pas encore.

Frantz Koenig (*Gottingen*, 1881) est plus affirmatif. Pour lui (nous traduisons presque textuellement), « la lésion débute par une ulcération rectale

tuberculeuse, et la tuberculose se propage de l'ulcération à l'abcès et à la fistule consécutive. Tous les trajets fistuleux qui sont situés autour de l'anus, en plus ou moins grande quantité, ainsi que la peau qui est décollée, présentent des caractères évidents de l'ulcération tuberculeuse, sous forme de granulations tuberculeuses miliaires. Du reste, dans les cas où l'on ne trouve pas l'ulcération tuberculeuse du rectum, il n'est pas rare de trouver le trajet fistuleux tapissé de granulations tuberculeuses. » A propos du traitement des fistules, il revient sur cette idée de tuberculose miliaire et il veut que l'on enlève par le grattage tous les tissus lésés.

Esmarch, dans le *Dictionnaire chirurgical de Pittha et Billroth*, 1882, reconnaît aussi que beaucoup d'ulcérations du rectum sont tuberculeuses, mais il ne s'y appesantit pas.

Jusqu'ici, on avait regardé le follicule tuberculeux et la cellule géante comme la caractéristique de la tuberculose. H. Martin a démontré que l'on peut trouver tous ces éléments dans les nodules inflammatoires simples. Actuellement, on tend à admettre, comme critérium diagnostique de la tuberculose, l'existence, dans les tissus ou les liquides, du bacille découvert et isolé par Koch. Ce bacille détermine la tuberculose, et cela avec beaucoup plus de facilité que s'il s'agissait de la matière tuberculeuse ordinaire parce que le virus est inoculé directement. On admet donc aujourd'hui que la tuberculose est virulente et par là contagieuse. Pour l'anus, le contagement pourra s'opérer directement, mais aura lieu surtout par

propagation. C'est ainsi que l'on aura des fistules anales à la suite de la tuberculose de la prostate et des vésicules séminales. De même, un crachat virulent avalé par un phthisique pourra aller contagionner l'intestin grêle et le rectum. Dès lors on ne sera plus étonné de la grande fréquence de la fistule anale chez les phthisiques ; d'autant plus que, dans cette région, le bacille trouvera un terrain tout préparé à le recevoir par la rectite chronique, qui coïncide si souvent avec la phthisie.

A ce sujet, M. le professeur Tripier pense que certains abcès de la fosse ischio-rectale, dits idiopathiques, pourraient être rapportés à la tuberculisation à distance des ganglions lymphatiques qui se trouvent en arrière du rectum, et dont nous avons déjà parlé plus haut. Ces accidents seraient favorisés surtout par la rectite chronique.

Le bacille de la tuberculose n'a été signalé qu'une fois dans la fistule anale par Robert Smith (*Britisch méd. journ.*, 30 juin 1883), qui l'aurait trouvé dans le pus d'un abcès de la marge de l'anus chez un phthisique.

Nous avons recherché le microbe dans le pus des abcès de la marge de l'anus et dans le produit du grattage des trajets fistuleux. Malheureusement, depuis que nous avons commencé ces recherches, nous n'avons pu trouver que trois cas de fistule.

La recherche du bacille de la tuberculose a été faite dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté par nos amis : M. Gangolphe, chef de clinique chirurgicale et par M. Françon, préparateur.

Ils emploient la méthode d'Ehrlich (1). Dans les trois cas, le microbe a été découvert en plus ou moins grande quantité. On a inoculé à des cobayes ces produits de fistule anale et on a déterminé de la tuberculose généralisée. Le temps nous a manqué pour faire de nouvelles inoculations.

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. Gangolphe (Résumé).

J... César, 45 ans, salle Saint-Sacerdos, n° 15. On ne note absolument rien du côté de l'hérédité ; ses frères n'ont jamais été malades. Pour lui, quoique élevé dans les mêmes conditions, il eut de 13 à 19 ans des ganglions suppurés (région inguinale, axillaire, sous-maxillaire, sous-claviculaire). A cette époque, il toussait un peu, il n'eut jamais d'hémoptysie.

A l'âge de 20 ans, tout a disparu et il s'est toujours bien porté. Cependant, en 1876, il eut un abcès de la jambe gauche de cause inconnue, et dont il ne reste aucune trace aujourd'hui.

Il n'avait jamais rien constaté d'anormal, ni dans la défécation, ni dans la miction, pas d'hémorrhôides, cependant, il eut une blennorrhagie, en 1871, qui ne dura que deux mois et qui ne fut suivie d'aucune complication.

Le 23 mars 1884, sans cause apparente, il éprouve de la cuisson au pourtour de l'anus, puis la région se tuméfie, il a de la fièvre, quelques frissons, un peu d'embarras gastrique, et le 26, la tumeur s'ouvre en laissant échapper une grande quantité de pus. Il entre alors à la salle Saint-Sacerdos, où

(1) (*Gangolphe, Lyon Médical*, 4 mai 1884.)

l'on constate un abcès de la marge de l'anūs du côté droit, ayant envahi toute la fosse ischio-rectale. Rien d'anormal ni du côté du rectum ni du côté de la prostate. Les phénomènes généraux ont disparu depuis l'ouverture de l'abcès.

Quoique le malade s'enrhume facilement, et qu'il ait fréquemment des points du côté droit, on ne constate rien d'anormal au pōumon.

Le malade sort quelques jours après son entrée, refusant toute intervention.

M. Gangolphe a recueilli du pus de cet abcès anal, et il a constaté la présence du bacille de la tuberculose en assez grande quantité.

OBSERVATION II

Georges B..., 20 ans, boulanger, entre à St-Philippe, n° 35, le 26 mars 1884. (Service de la clinique chirurg.)

Cette observation est décrite au long à la fin de ce travail (Observation I), nous ne donnerons ici qu'un résumé.

Le père de ce malade est mort probablement phthisique; on ne note aucun autre antécédent morbide.

Il y a 14 mois, à la suite d'un traumatisme, il eut une orchite tuberculeuse qu'il ne soigna qu'incomplètement; et il y a 3 mois, il se forma une fistule anale. Les tissus qui relient l'anūs aux bourses sont indurés.

Le 4 avril, on opère ce malade, le produit du grattage des parois de la fistule anale, soigneusement isolé, est examiné par M. Gangolphe, qui trouve le bacille de Koch en très petite quantité.

M. Rodet, chef des travaux de M. le professeur Chauveau, après avoir broyé ces produits avec un peu d'eau distillée, en fait une injection sous-cutanée de 1 goutte 1/2 à deux cobayes, le 5 avril. L'un d'eux est mort le 23 avril de cause inconnue. L'autopsie n'a rien révélé. Il n'y avait aucune lésion ni au point d'inoculation (cuisse droite), ni dans les ganglions, ni ailleurs.

L'autre a présenté le 5 juin, une induration des ganglions inguinaux; il n'y a pas eu de suppuration.

Il est sacrifié le 8 juillet. Il ne présente pas d'amaigrissement, mais les ganglions inguinaux du côté droit (où l'injection avait été pratiquée), sont très volumineux; quelques-uns contiennent du pus; ceux du côté gauche sont sains. Les ganglions lombaires et mésentériques forment de grosses masses caséeuses. Le péritoine est parsemé de petites granulations grises transparentes; le foie et la rate présentent en grande quantité de gros tubercules jaunes. Les ganglions bronchiques sont très volumineux, indurés non caséeux; sur le poumon, au-dessous de la plèvre, on trouve des tubercules déjà en voie de caséification. Rien sur la plèvre pariétale, ni sur le péricarde, ni sur les parois intestinales.

OBSERVATION III

(Service de M. le D^r Tripier)

Maurice C..., 57 ans, concierge, entre à Saint-Philippe, le 14 mars 1884, pour une affection qui paraît avoir débuté, il y a 3 ans, par un abcès de la fesse gauche, qui s'est ouvert près de l'anus; il y a un an, une nouvelle ouverture s'est faite en dehors de la première. Ces deux orifices ont toujours laissé écouler du pus en plus ou moins grande quantité. Le stylet montre deux trajets principaux, l'un va directement de dehors en dedans sur le rectum, qui est décollé sur une vaste hauteur, mais qui ne présente pas d'orifice interne; l'autre, va en arrière du côté du sacrum, dont il est séparé par du tissu sain.

Depuis quelques jours seulement, le scrotum présente de l'empâtement du côté droit, et à la tête de l'épididyme on trouve un noyau dur. Le cordon est sain; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire; rien du côté de la prostate.

Ce malade quitte la salle au bout de 2 jours.

Il rentre à Saint-Louis le 21 avril, non plus, pour les lésions qui l'ont fait entrer à Saint-Philippe, mais pour une arthrite du poignet gauche.

Outre les lésions précédentes, on ne constate rien d'anormal du côté des voies respiratoires ; le malade tousse rarement, il n'a jamais eu d'hémoptysies ; pas d'antécédents héréditaires. Cependant, il a le teint cachectique, les forces se perdent depuis le début des lésions anales, les digestions sont mauvaises.

Le malade quitte Saint-Louis, en refusant toute intervention.

On se contente de recueillir le pus qui s'échappe par l'orifice fistuleux, son examen révèle la présence de bacilles en assez grande quantité. Le 23 avril, on fait à la cuisse droite de deux cobayes une injection hypodermique de 4 gouttes de ce pus. Le 10 juin, sur l'un, on trouve un abcès suppuré du pli de l'aîne, qui ne s'est jamais fermé ; sur l'autre, on ne constate qu'une forte induration des ganglions inguinaux.

On les sacrifie le 8 juillet. Le premier est considérablement amaigri, l'autre a l'air bien portant. A l'autopsie, on trouve de la tuberculose généralisée, exactement comme dans l'observation II ; cependant, ici, les lésions sont moins avancées. Outre les ganglions caséeux du pli de l'aîne, des gros ganglions lombaires, mésentériques et bronchiques, on trouve un ganglion induré sur la face antérieure de la vessie du premier cobaye, puis de fines granulations disséminées sur le poumon, le péritoine, le foie, et surtout la rate qui en est comme farcie.

Dans ces trois cas, on ne rencontre pas de lésions pulmonaires sensibles ; cependant on trouve le bacille de la tuberculose dans les parois ou dans le pus de la fistule, et ces parties contaminées, inoculées à des cobayes ont déterminé de la tuberculose locale d'abord, puis généralisée. Il ne s'ensuit pas de là

évidemment que toutes les fistules anales sont tuberculeuses ; mais l'attention étant attirée de ce côté, le pronostic et le traitement seront notablement modifiés. Si la tuberculose est localisée à l'anus, on devra s'efforcer, dès le début, par un traitement énergique, d'empêcher sa généralisation ou sa propagation, tout en agissant sur l'état général. Si l'on constate déjà des lésions pulmonaires, il est évident qu'en détruisant un des foyers d'infection, on améliorera l'état du sujet.

En résumé, les causes des fistules anales sont de deux ordres : les unes locales : inflammation des glandes, des hémorroïdes, angioleucite, lymphangite, corps étrangers, rétrécissement de natures diverses (syphilis, cancer, brides cicatricielles) inflammations de voisinage, abcès ossifluents.

Les autres, d'un ordre général, sont ces abcès qui se développent spontanément à la suite d'un coup de froid par exemple, ou sans que l'on puisse en retrouver la cause ; mais surtout les abcès de nature tuberculeuse ; et dus au développement du bacille sur place ou par propagation.

D'après Gurling, la fistule ne se rencontre pas chez les vieillards, par suite du relâchement du sphincter, et parce que la muqueuse est moins sujette à l'irritation et à l'ulcération par suite de la déplétion des veines hémorroïdales.

Chez les enfants, la fistule est rare ; chez eux on ne trouve pas d'hémorroïdes. L'influence des fièvres éruptives est certaine, et le plus souvent ces fistules sont tuberculeuses (*Durand-Borda*).

Enfin, au point de vue du sexe, on n'a pas de différences notables à signaler.

PATHOGÉNIE & ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelle que soit la cause de l'abcès de la marge de l'anus, pourquoi cet abcès, au lieu de se cicatriser, se termine-t-il souvent par un trajet fistuleux persistant? A ce sujet, plusieurs théories sont en présence; nous allons les passer rapidement en revue.

Pour les uns, la fistule serait due à la disparition du tissu cellulaire, qui comble normalement la fosse ischio-rectale et à la disposition anatomique de la région : paroi osseuse immobile, rectum qui tend à s'éloigner des os par l'effet de la contraction de ses fibres musculaires et surtout du releveur de l'anus. Ces causes retarderaient la cicatrisation, et les parois de la fistule deviendraient fongueuses (Boyer, Curling, Gosselin).

D'autres (Velpeau, Roux) mettent en cause le passage des matières fécales et des gaz intestinaux, passage incessant, soit par osmose, soit directement.

Les auteurs anciens attachaient une grande im-

portance aux callosités qui entourent les fistules. Nous savons aujourd'hui qu'ils prenaient l'effet pour la cause, et que ces productions, loin de déterminer la fistule, ne sont que le résultat d'un processus irritatif chronique. Cependant, pour Boyer, ces callosités, à cause de leur peu de vitalité, sont un obstacle à la cicatrisation et à l'écoulement du pus. Aussi, actuellement, la plupart des chirurgiens s'efforcent-ils de les détruire.

Verneuil s'élève contre ceux qui veulent que la fistule guérisse lorsque la graisse consent à reprendre sa place, et contre ceux qui soutiennent la théorie anatomique. Il prétend que les parois ne sont pas assez écartées pour ne pouvoir se rapprocher, et que la rigidité des parois de la fosse ischio-rectale n'est pas démontrée. Pour lui, il faut se rappeler que chez les cachectiques, les plaies les plus simples ne guérissent pas, et la persistance de la fistule anale est due au mauvais état général, à la rétention du pus et à un vice local de la membrane granuleuse. (Verneuil. *De la chirurgie réparatrice. Études de physiol. pathologique*, 1875.)

Kœnig (*Centralbl. f. chirurg.*, 1880) veut que l'unique obstacle à la guérison consiste dans la production d'un revêtement épithélial qui vient tapisser les lèvres des ouvertures fistuleuses; en outre, il fait jouer un rôle aux granulations tuberculeuses dont les parois sont tapissées.

Actuellement la plupart des auteurs admettent que la fistule anale est due à un abcès qui s'ouvre soit à la peau, soit à la muqueuse rectale, soit des deux

côtés à la fois. Cette fistule serait entretenue par la disposition anatomique de la région : disparition du tissu cellulaire, mobilité des parois de l'abcès qui empêcherait leur rapprochement, passage des matières fécales et des gaz ; mais sa persistance serait due surtout au mauvais état général, à la rétention du pus, à la présence des callosités et des indurations des parois, et enfin aux granulations tuberculeuses qui infiltrent le trajet et au revêtement épithélial signalé par Kœnig.

Les auteurs anciens divisent les fistules en fistules complètes et fistules incomplètes. La fistule complète s'ouvre à la fois du côté de la muqueuse rectale et de la peau. La fistule incomplète se subdivise en borgne interne, quand elle forme un cul-de-sac s'ouvrant dans l'intestin seulement ; en borgne externe, lorsque le cul-de-sac ne s'ouvre que du côté de la peau. Nous ne voulons pas rappeler les grandes discussions qui eurent lieu au sujet de ces fistules incomplètes. Si à peu près tous les chirurgiens admirent la fistule borgne interne ; beaucoup d'entre eux regardèrent la fistule borgne externe comme un abcès ordinaire. Aujourd'hui on admet l'existence de ces deux genres de fistules, et pour toutes les deux la même origine. (Pott, Boyer, Roux, Velpeau.)

La division des fistules en stercorales et non stercorales a encore moins d'importance que la précédente ; aussi, Richard ne s'occupe que des abcès, qu'il divise en petits, moyens et gros.

Au point de vue de leur origine, on les a divisées en : 1° fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur ;

2° fistules anales ordinaires ou fistules de la fosse ischio-rectale ; 3° fistules ostéopathiques.

Au point de vue des lésions, Gosselin fait une distinction importante suivant leur siège. Il décrit : 1° la fistulette ou fistule sous-tégumentaire, située au-dessous et en dedans du sphincter ; 2° la fistule intra-sphinctérienne, qui traverse plus ou moins loin de la ligne médiane le sphincter externe et plus haut le sphincter interne ; 3° la fistule extra-sphinctérienne ou sus-sphinctérienne. On comprend, en effet, que les lésions seront d'autant plus étendues qu'elles comprendront une plus grande quantité de tissus, et que l'opération sera d'autant plus grave qu'elle intéressera d'avantage les sphincters. C'est pour la même raison que Chassaignac divise les fistules en : 1° anales ; 2° rectales.

La fistule sera simple, lorsqu'il n'y aura qu'un trajet ; elle sera compliquée, lorsqu'il y aura des clapiers et surtout des décollements, soit autour du rectum, soit sous la peau du périnée et des fesses.

Dans les *fistules de la fosse ischio-rectale*, l'orifice externe se trouve au pourtour de l'anus ; tantôt il est situé au sommet d'une dépression en cul-de-poule qui rend difficile l'introduction du stylet ; il est plus ou moins large, ses bords sont généralement réguliers, excepté chez les phthisiques, où ils sont parfois déchiquetés.

L'orifice interne, ainsi que le prouvent les travaux de Ribes (*Mémoire de la Société de méd. d'émulation*, t. ix. 1826) ; siège immédiatement au-dessus du sphincter interne, c'est-à-dire à 4 centimètres au-dessus de l'anus ; cependant, Velpeau, Curling,

Gosselin l'ont souvent trouvé plus haut. Dans les fistulettes, il est quelquefois immédiatement au-dessus de l'orifice anal. Il est souvent difficile de le découvrir soit par le toucher rectal, soit avec le spéculum ani, parce qu'il peut être masqué par la muqueuse ; cependant, il existe fréquemment à son niveau de petites nodosités que le doigt peut sentir. On admet que chez les phthisiques ses bords sont irréguliers et déchiquetés. A la suite de gangrène, on a vu cet orifice très large (Lemonnier).

Le trajet fistuleux n'est pas canaliculé comme la plupart des autres fistules ; il présente des sinuosités et des anfractuosités multiples remplies de pus et de fongosités. D'une longueur variable, il se dirige souvent directement de la peau vers la paroi correspondante du rectum, mais parfois on a la forme qu'Al-lingham désigne sous le nom de fistule en fer à cheval. Il faut, en effet, se rappeler que si, normalement, les deux fosses ischio-rectales sont hermétiquement closes, il existe néanmoins un point faible sur la ligne médiane en avant et en arrière du rectum, où elles ne sont séparées que par des tractus filamenteux et les attaches antérieures et postérieures du sphincter externe. D'où la propagation facile de l'inflammation d'une fosse à l'autre.

Telles sont les lésions que l'on rencontre dans les cas les plus simples. Mais, trop souvent, on a affaire à des fistules à trajets multiples. Les tissus sont alors sillonnés par des diverticules offrant les directions les plus diverses, communiquant avec des anfractuosités, des clapiers profonds, qui donnent à l'en-

semble du trajet une apparence rameuse (fistules rameuses) comparable aux souterrains que creuse la taupe, ou aux terriers de lapin (Allingham). On a alors des collections purulentes quise vident mal, puis des abcès à répétitions qui, en s'ouvrant à l'extérieur, donnent naissance à des orifices multiples, et quelquefois si nombreux, que la peau est percée comme la pomme d'un arrosoir. Ces orifices peuvent siéger à l'aîne, sur la face externe de la cuisse, ou peuvent se confondre avec des fistules urinaires. Toute la région est alors transformée en un véritable tissu spongieux, dont les anfractuosités laissent sourdre du pus constamment.

Les tissus sont décollés sur une plus ou moins grande étendue ; au pourtour de l'orifice externe, la peau est amincie, violacée, privée de toute vitalité. Du côté du rectum, la muqueuse est aussi décollée sur une grande hauteur.

Ce décollement de la muqueuse rectale est presque constant, même dans les fistules les plus simples en apparence. Il rend difficile la recherche de l'orifice interne avec le stylet. Cette complication des fistules est favorisée par le mode d'union de la muqueuse rectale avec les autres tuniques de l'intestin. On sait qu'entre elles, existe un tissu cellulaire lâche, peu élastique, qui permet des mouvements de glissement. Ce tissu cellulaire peut disparaître par suite de l'inflammation sur une plus ou moins grande étendue, et la muqueuse reste comme flottante.

Velpeau explique les décollements supérieurs, par le fait que le pus de la fistule et les humidités de

l'intestin, arrêtés par le sphincter interne en bas et l'externe en dehors, trouvent plus d'aisance à refluer en haut entre les gaines du conduit intestinal lui-même.

Chassaignac regarde le décollement comme une complication presque obligée de la fistule.

Gosselin se demande quand le décollement remonte très haut si la muqueuse seule est décollée ou si le trajet n'est pas en dehors de la couche musculieuse. Les observations de Verneuil et de Richet (*Soc. de chirurgie*, 1861) n'apprennent rien à ce sujet. Mais on a constaté fréquemment de doubles décollements et de la muqueuse et de la musculieuse. Gosselin, dans un cas de fistule borgne externe, a vu un double décollement, l'un très étendu, entre la muqueuse et la musculieuse, l'autre moins profond en dehors de la musculieuse (fistules en bouton de chemise).

Les parois des trajets fistuleux sont indurées et présentent des callosités ; mais ces dernières se trouvent surtout au pourtour de l'orifice externe. Ce sont des masses indurées plus ou moins volumineuses, d'un rouge violacé, foncé, assez dures, non pas aussi dures que le squirrhe, mais plus dures que le sarcome. Elles sont dues à l'inflammation chronique déterminée par le passage des matières irritantes et par la rétention du pus. Pour Gosselin (*Gazet. des Hôpit.*, décembre 1880), ce sont des transformations ulcéreuses de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané, de même nature que l'éléphantiasis du scrotum et l'esthiomène de la vulve. Elles résultent

done de la transformation du tissu cellulaire en tissu fibreux. Elles ont peu de vitalité. Pozzi a vu des callosités de la grosseur d'un œuf de poule, que l'on prit pour des tumeurs néoplasiques de mauvaise nature.

Le pus qui s'échappe de la fistule et qui est contenu dans les clapiers, a une odeur fétide comme celui de toutes les collections purulentes qui siègent près d'une cavité naturelle. Il est mélangé à des gaz, lors même que la fistule ne communique pas directement avec l'intestin. Si la fistule est complète, on peut y trouver des matières stercorales.

Au point de vue de la structure de ces trajets, Dupuytren était persuadé qu'il se formait dans ces fistules une muqueuse analogue à celle des autres muqueuses. Pour Gosselin, la surface interne est tapissée par une membrane rougeâtre et granuleuse, qui ne diffère en rien de la membrane pyogénique. Souvent, cette membrane et les tissus qu'elle recouvre sont indurés, peu extensibles. Quelquefois, elle est lisse et très mince.

Pozzi, dans sa thèse, indique la constitution histologique de ces canaux. Le trajet peut à la longue se revêtir en totalité ou dans une grande étendue d'une paroi organisée, formée par des tissus dermo-papillaires recouverts d'une couche épithéliale stratifiée, n'ayant aucune tendance à disparaître, et tout au contraire éminemment propre à assurer indéfiniment la perméabilité du trajet. Pour Kœnig, la membrane pyogénique est tapissée de granulations tuberculeuses, et nous avons vu que l'on

pouvait trouver le bacille de la tuberculose soit dans le pus, soit dans les parois du trajet.

Outre ces lésions, on trouve presque toujours de la rectite chronique.

Fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur. — Le plus souvent, ces fistules ne possèdent pas d'orifice interne ou rectal. Elles constituent donc des fistules borgnes externes. L'abcès qui est leur point de départ, siège au-dessus du releveur de l'anus, le trajet fistuleux passe à travers les fibres de ce muscle, qu'il a dissociées en forme de boutonnière, traverse toute la fosse ischio-rectale sans toucher aux sphincters et s'ouvre à la peau par un orifice externe éloigné de 3 à 4 centimètres de l'orifice anal.

Les trajets peuvent être multiples et s'accompagner de décollements plus ou moins étendus vers la fesse et le périnée.

Normalement, l'espace pelvi-rectal supérieur ne peut communiquer avec la fosse ischio-rectale. En effet, le releveur de l'anus, doublé de son aponévrose supérieure (*fascia pelvia*) qui est très forte et fibreuse, forme un véritable diaphragme périnéal qui termine au bas le bassin de la même manière que le diaphragme termine en haut l'abdomen (Cruveilhier). Toutefois, en arrière, entre le rectum et le sacrum, sur la ligne médiane, l'aponévrose, de fibreuse qu'elle était, devient celluleuse, tandis que les fibres du releveur sont moins nombreuses et plus écartées. Il existe donc là un point faible par lequel le pus formé dans l'étage supérieur pourra fuser dans l'inférieur. On aura

alors un abcès des deux espaces. C'est ce qui arrive toutes les fois que l'inflammation est aiguë, et le pus fuse le long du rectum. Si au contraire l'affection a une marche moins rapide, l'inflammation provoque, par irritation des parties voisines, l'épaississement et l'induration des parois de l'abcès ; le pus se fraye alors lentement une ouverture à travers les fibres mêmes du releveur. Il s'échappe avec intermittence par cette boutonnière, à cause des alternatives de relâchement et de contraction du plan musculaire.

Par suite de cette disposition on a deux poches purulentes, l'une au-dessus du releveur, l'autre au-dessous, séparées par un étroit orifice, et communiquant avec l'extérieur par des trajets plus ou moins multiples et sinueux.

Fistules ostéopathiques. — Elles sont constituées par un trajet qui se dirige vers un des os du bassin, quelquefois même vers les vertèbres lombaires ou dorsales. L'orifice externe est ordinairement éloigné de l'anus, il se continue avec une corde dure que l'on suit sous la peau, jusqu'à l'os malade. Ces trajets étant dus, le plus souvent, à des altérations tuberculeuses des os, sont infiltrés eux-mêmes de tubercules.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne décrivons pas la symptomatologie des fistules anales, on la trouvera exposée magistralement dans le livre de Boyer, nous nous contenterons de rappeler les points les plus importants.

Le début varie suivant l'abcès qui donne naissance à la fistule ; le plus souvent il est lent et insidieux ; avec quelques poussées aiguës dues à la rétention du pus. Le malade se plaint de démangeaisons et d'un suintement dans la région anale, on explore la région et l'on voit un orifice au pourtour de l'anus. Cette exploration doit être attentive, l'orifice externe pouvant être caché par un pli cutané ou obturé par un bouchon de pus. La position la plus commode est le décubitus latéral gauche du malade, le membre inférieur droit fortement fléchi sur le tronc, l'autre dans l'extension complète. Chassaignac fait mettre le malade dans la position de la taille, ce qui favorise l'exploration chirurgicale, mais elle fatigue beaucoup

plus le malade. L'orifice externe est alors facilement découvert, d'ailleurs en explorant le pourtour de l'anus avec le doigt, on sent à travers la peau une sorte de cordon dur qui indique la situation et la direction du trajet fistuleux. On engage alors un stylet boutonné, flexible dans l'orifice externe et on le pousse doucement, pendant que l'index de la main droite, préalablement enduit d'un corps gras et introduit dans le rectum, va à la recherche de l'orifice interne et du stylet.

Pour trouver l'orifice interne, il faut se rappeler le siège indiqué par Ribes ; souvent il n'est révélé que par une douleur à la pression. Si le contact du stylet et du doigt est immédiat, la fistule est complète ; la contre-partie n'est pas exacte, parce qu'il se peut que l'on n'ait pas su trouver l'orifice interne. Aussi, n'est-on jamais sûr d'être en présence d'une fistule borgne externe, lors même qu'une injection de liquide coloré (solution d'acide salicylique que M. Tripier fait colorer en bleu) poussée dans le trajet fistuleux n'est pas revenue par l'anus. Le diagnostic de fistule complète est donc certain lorsqu'un stylet peut être introduit dans le rectum. Il en est de même lorsqu'il y a issue de matières fécales par l'orifice externe. L'issue de gaz n'indique rien, car on peut admettre qu'il y a eu osmose, ou bien qu'ils sont nés sur place par décomposition du pus, ou enfin qu'il s'est produit une aspiration de l'air extérieur à la suite d'une déplétion plus ou moins complète des clapiers.

La fistule borgne interne n'est pas aussi facile à

diagnostiquer. Quelquefois, le doigt sent l'orifice dans le rectum, et le stylet recourbé en forme de crochet peut y être introduit; mais souvent cet orifice ne peut être senti. Il faut arriver au diagnostic par les antécédents : douleur pendant la défécation, pus dans les matières fécales, tumeur sur les côtés de l'anus pouvant être vidée dans le rectum par compression. Généralement, la fistule borgne interne s'accompagne de douleurs vives et de poussées aiguës, parce que le pus trouve un obstacle à son écoulement, et que l'entrée des matières fécales dans le trajet provoque des poussées inflammatoires. Le malade croit avoir des hémorroïdes.

L'exploration, pour être complète, doit rendre compte de l'étendue des décollements de la muqueuse et de la peau, elle doit indiquer les différents trajets et surtout leurs rapports avec le sphincter et le rectum.

Il est difficile de se rendre compte de la cause première de la fistule, mais le toucher rectal indiquera si la fistule est le résultat d'un rétrécissement ou d'une tumeur, ce qui est important au point de vue du pronostic et du traitement.

Enfin, pour terminer l'examen, il ne faut pas oublier de rechercher l'état des voies génito-urinaires et du poulmon.

Quant à la *fistule pelvi-rectale supérieure*, elle siège en dehors des sphincters, son orifice externe est très éloigné de l'anus. Le pus s'échappe exclusivement par l'orifice externe, son écoulement est intermittent à cause des contractions du releveur.

Le doigt, introduit dans le rectum, fait vider la poche purulente et donne issue à une grande quantité de pus. Le stylet, introduit par l'orifice cutané, pénètre à une hauteur considérable (11 centimètres), il est séparé du doigt introduit dans le rectum par le tissu cellulaire périrectal épaissi et non par un simple décollement de la muqueuse.

Les fistules *ostéopathiques* sont presque toujours le résultat de la carie ou d'un traumatisme. Leur début est insidieux, l'abcès se comporte comme un abcès froid et s'ouvre loin de l'anus ; le pus contient des fragments osseux ; leur trajet conduit sur un os dénudé ; sa direction est oblique de dedans en dehors. La pression sur un point déterminé du squelette est douloureuse. Quelquefois le rectum est perforé. Enfin, ces fistules guérissent quelquefois spontanément après l'expulsion d'un séquestre.

Diagnostic

On ne confondra pas la fistule anale avec une maladie de la peau : érythème, intertrigo. Si le prurit intense, dont les malades se plaignent, peut induire en erreur, les commémoratifs et l'examen de la région montreront le vrai diagnostic.

Il n'en est pas de même pour un certain nombre de fistules des organes voisins : telles sont les *fistules urinaires*. Les fistules anales siègent en arrière du muscle transverse et de la ligne biischiatique, tandis que les fistules de l'appareil urinaire sont situées en avant. Les fistules urinaires succèdent généralement

à un rétrécissement de l'urèthre, la miction est douloureuse et difficile, le suintement de la fistule présente l'odeur caractéristique de l'urine et augmente de quantité au moment de la miction ; le pus est peu consistant, il tache le linge en blanc ; le trajet se dirige vers le périnée et non vers le rectum, il présente un cordon dur qui indique sa direction.

Les fistules dues à *l'inflammation des glandes de Cooper* surviennent ordinairement à la suite de la blennorrhagie : difficulté de la miction ; tumeur dure, profonde, mal délimitée, fort douloureuse à la pression, du volume d'une noisette, siégeant non pas comme l'abcès urinaire sur la ligne médiane, mais sur le côté du raphé, parce qu'en général une seule glande est prise à la fois.

Il suffit de signaler les fistules de la prostate et des vésicules séminales pour qu'une erreur de diagnostic ne soit commise.

Ulcérations tuberculeuses du rectum. — C'est une solution de continuité superficielle, développée sur la muqueuse rectale et empiétant sur la peau de la marge de l'anus. Généralement de forme elliptique, ses bords sont déchiquetés, renversés en dehors, non décollés ; elle est de couleur rouge pâle, sans base d'induration. Cette ulcération est revêtue de bourgeons charnus, mollasses, ne saignant pas. Elle n'est douloureuse que pendant la défécation. Au pourtour, pas de réaction inflammatoire. Dans les observations publiées jusque là, ces ulcérationes ne s'accompagnaient pas de fistules. Elles n'ont aucune tendance à la cicatrisation. (Duplay, *Archives géné-*

rales de médecines, juillet 1882. Gosselin, *Gazette médicale*, 27 mars 1880.)

Ulcère tuberculeux. (Spillmann, Mollière.) Dues au mauvais état général, ces lésions sont constituées par une gangrène des tissus. Elles ont une marche rapide, se creusent de plus en plus et sont entourées d'une zone inflammatoire. Elles aussi ne s'accompagnent pas de fistules.

Enfin, on ne confondra pas la fistule avec la fissure, les plaies de la marge de l'anus, les chancres et les manifestations syphilitiques (1).

(1) Les fistules congénitales ne sont signalées nulle part. Mais il est des malformations congénitales de la région ano-rectale qui pourraient, pendant quelque temps, en imposer pour des fistules. L'anus et le rectum se développent indépendamment l'un de l'autre : le premier aux dépens du feuillet interne, le deuxième aux dépens du feuillet externe du blastoderme. Ces deux portions se terminent primitivement en culs-de-sac, puis vont à la rencontre l'une de l'autre. « On n'est pas encore bien fixé sur la question de savoir si c'est l'ampoule rectale terminale qui va directement au devant de l'orifice anal, ou bien si l'espace compris entre les deux portions d'intestin n'est pas occupé par un bourgeonnement latéral de l'ampoule terminale, par un véritable diverticule. Cette dernière hypothèse est la plus vraisemblable dans l'état actuel de la science. » (*Trélat, Bulletins et mémoire de la Société de chirurgie*, 5 mars 1884.) Ces deux portions, au lieu de progresser à la rencontre l'une de l'autre, peuvent prendre une direction vicieuse et venir s'aboucher dans des points variables.

C'est ce qui semble résulter de l'observation suivante.

N... Louise, sans profession, âgée de 23 ans, entre le 13 mars 1882, à la salle Ste-Anne, n° 7 (service de la clinique chirurgicale).

Cette malade ne peut fournir aucun renseignement sur l'hérédité. Comme antécédent, on lui a dit qu'étant toute

jeune, elle a fait un séjour à la Charité, elle ne sait pour quelle affection. Forte et vigoureuse, elle présente toutes les apparences de la santé la plus parfaite; elle est régulièrement réglée depuis l'âge de 18 ans. Elle n'a jamais été malade, mais elle dit avoir toujours eu une tumeur sur la fesse gauche.

Elle raconte qu'à la fin de janvier, elle a reçu un coup au niveau de cette tumeur, qui est devenue douloureuse, puis qui s'est ouverte, et depuis laisse écouler du pus.

A un premier examen, on constate en dehors du bord gauche du sacrum, près de sa base, une tumeur manifestement fluctuante, communiquant par un trajet fistuleux avec une petite plaie ulcéreuse située au-dessus d'elle. La pression exercée sur la tumeur ne fait sourdre aucun liquide par le trajet fistuleux.

Le toucher rectal et le toucher vaginal ne révèlent rien d'anormal.

Les fonctions de l'utérus, de la vessie et du rectum sont régulières.

16 mars. La malade étant anesthésiée, on procède à l'exploration au moyen d'une sonde cannelée. La rainure apparaît souillée de matières fécales; on fait alors un large débridement, et il s'écoule une grande quantité de matières fécales stratifiées, et paraissant être là depuis longtemps. La poche bien vidée, on constate que sa face interne est constituée par du tissu muqueux. Cette poche paraît fermée en bas; mais en haut, elle communique avec une autre poche plus petite, au moyen d'un petit orifice qui admet à peine le doigt. Cet orifice est constitué par un anneau fibreux formant pont en avant du sacrum.

Pas de communications avec les autres organes du petit bassin; mais le rectum et la poche anormale ne paraissent séparés que par l'épaisseur de leurs tuniques.

Ne serait-ce pas là un abouchement anormal de l'extrémité inférieure du tube digestif?

Marche. — Complications. — Pronostic

La fistule anale est une affection à marche très lente, qui, le plus souvent, constitue plutôt une incommodité qu'un véritable danger. Cependant sa persistance, le passage incessant de matières et de gaz amènent des abcès à répétition, des décollements plus ou moins serpigneux, la formation de clapiers. Il y a donc une suppuration incessante, quelquefois très abondante, qui a une influence fâcheuse sur la nutrition générale. La rétention du pus peut amener l'infection purulente; les poussées inflammatoires peuvent déterminer des érysipèles et les autres complications communes à toutes les plaies. Outre les lésions de plus en plus graves que la fistule détermine, il faut encore tenir compte de l'auto-infection par la tuberculose qui peut se généraliser, si elle ne l'est déjà.

Le pronostic doit donc toujours être réservé. « La fistule ne peut pas être gardée impunément, ce n'est pas une simple infirmité » (Chassaignac). Si la plupart des chirurgiens : Boyer Velpeau, Gosselin, Kœnig, admettent que les fistules borgnes externes peuvent guérir spontanément, cette terminaison heureuse n'est pas la règle. Il en est de même pour les fistulettes sous-tégumentaires, qui guérissent parfois sans le moindre secours et qui toujours sont les plus bénignes. Quant aux fistules complètes, « elles ne sont pas susceptibles de guérir spontanément, mais dans le plus grand nombre des cas, elles peuvent être

traitées avec succès par les moyens chirurgicaux (Boyer). »

Au siècle dernier, les fistules compliquées étaient incurables à cause de la gravité de l'opération et des complications qui en résultaient. C'est encore l'opinion de Boyer, lorsque l'orifice interne est au-dessus de la portée du doigt, lorsque les trajets sont multiples et que les orifices externes sont en forme d'arrosoir. Aujourd'hui, ces fistules peuvent guérir, pourvu que l'état général ne soit pas trop mauvais.

Le même pronostic doit s'appliquer aux fistules borgnes internes.

Quant aux fistules d'origine chancreuse ou cancéreuse, le pronostic dépend évidemment de la lésion première.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Le traitement de la fistule anale a varié suivant les théories émises sur la nature des processus morbides. Au xvii^e siècle, on regarde la fistule comme un émonctoire salulaire, et les auteurs du Dictionnaire en 60 volumes, avant d'intervenir, établissent un cautère, afin de procurer une autre issue aux humeurs. Plus tard, on n'opère pas les phthisiques, parce que l'on craint de trop affaiblir les malades.

Boyer veut l'intervention, mais il tient compte de l'état général. « Il est quelques cas dans lesquels on ne peut pas espérer la cicatrisation de la plaie à cause de l'état de dépérissement du malade. Il en est d'autres où la suppression de l'écoulement purulent qui a lieu par cette voie, pourrait accélérer la marche d'une autre affection qu'il importe de ralentir le plus possible : telle est la fistule à l'anus chez les phthisiques, dont la guérison a paru hâter les progrès de la maladie des poumons. »

Velpeau respecte la fistule chez les phthisiques,

mais c'est moins parce que sa guérison aggrave la maladie principale, que par l'impossibilité d'en obtenir la cicatrisation après l'avoir opérée. Vidal, de Cassis (*Annales chirurg.*, 1841), opère les phthisiques parce que l'humeur contenue dans les clapiers aide à tuer le malade. Pour Chassaignac, la phthisie, au lieu d'être une contre-indication à l'opération, réclame au contraire impérieusement l'action chirurgicale parce que toute cause d'affaiblissement doit être évitée chez le phthisique, comme aggravant la situation du malade.

Gosselin veut d'abord l'intervention par des injections, puis l'incision, à moins de signes évidents d'excavations pulmonaires, et cela « non pas que l'opération serait de nature à aggraver la phthisie, mais elle serait inutile et les forces du sujet ne lui permettraient sans doute pas de faire les frais de la cicatrisation. » Hérard et Cornil (*De la phthisie pulmonaire*) professent la même opinion, parce que la constitution appauvrie des tuberculeux s'oppose à la cicatrisation. Mais si l'organisme conserve encore quelque résistance, ils sont d'avis qu'on doit tenter l'opération.

Ces idées sont adoptées par Curling (1863), Allingham (1871), Paget (1877). Verneuil veut que l'on intervienne pour réagir sur l'état général et il montre par deux opérations pratiquées par Jeannel (*Soc. de chirurgie*, décembre 1883), qu'une opération pratiquée chez un diathésique peut échouer complètement en tant qu'acte curateur local, et cependant modifier avantageusement la diathèse ; il y a insuccès opéra-

toire et succès thérapeutique, tout à la fois. Déjà, Morère (*Th. Paris*, 1831), avait vu guérir un phthisique à la suite de l'opération de la fistule.

Actuellement, les chirurgiens sont donc arrivés à vouloir l'intervention, même chez les phthisiques. Cette intervention s'impose encore davantage si l'on soupçonne la fistule anale d'être de nature parasitaire. Mais, dans ce dernier cas, l'opération doit avoir deux buts :

- 1° Guérir la solution de continuité ;
- 2° Détruire le microbe et lui empêcher de reparaître.

Il est démontré que les fistules les plus simples ne guérissent qu'exceptionnellement sans le secours de l'art, même chez des gens vigoureux, exempts de toute diathèse, et tous les chirurgiens veulent l'intervention. Mais, chez les phthisiques, quelle conduite doit-on tenir ? Lorsque la lésion pulmonaire est à son début, qu'elle a une marche lente, apyrétique, sans autres complications viscérales (prostate, vésicules séminales, articulations), les deux observations de Jeannel prouvent que l'opération a une influence salutaire sur le poumon, lors même qu'elle échouerait du côté de la fistule. Il faut donc intervenir et le plus tôt possible ; surtout s'il n'y a que des probabilités de lésions pulmonaires.

Chez les phthisiques plus avancés, dont l'état général est relativement bon, par suite des bonnes conditions hygiéniques où la fortune les a placés, et qui peuvent encore vaquer à leurs affaires, une intervention active peut donner le coup de fouet fatal

aux lésions pulmonaires ; le chirurgien ne doit intervenir que dans les cas de complications locales (rétention du pus, abcès à répétition) pouvant influencer d'une façon fâcheuse l'état général. Alors, au lieu de faire l'opération complète, il se contente des moyens palliatifs (débridements, drainage, désinfection), et quelquefois il a un résultat inespéré.

A plus forte raison, dans la dernière période de la phthisie, lorsque le malade n'est plus en état de vaquer à ses occupations, qu'il est obligé de s'aliter ; il faut s'abstenir de créer de nouvelles causes d'épuisement. Cependant, il faut toujours évacuer le pus, mais on doit éviter de se servir du bistouri. D'ailleurs, à cette période, il est rare que le malade demande une intervention, sa seule préoccupation est la lésion pulmonaire.

Si l'on est en présence d'une phthisie aiguë, d'une granulie, la lésion anale est de peu d'importance et toute intervention chirurgicale ajouterait à un état fébrile, la surexcitation et l'agitation inséparables de toute opération. Pour Paget, dans tous les cas de phthisie aiguë et progressive, presque toute opération fait courir de grands risques.

On a fait une objection à l'intervention chez les phthisiques. Plusieurs chirurgiens craignent que l'opération n'aggrave l'état du malade en le forçant à rester au lit. On a vu, en effet, des malades s'étioler rapidement sous l'influence de la privation du grand air et de leurs habitudes journalières, comme les vieillards, par exemple, à la suite de fracture du col immobilisée. Mais le traitement de la fistule anale

n'exige pas un séjour au lit d'une aussi longue durée qu'une fracture du col ; en outre, la non-intervention laisse une porte ouverte à l'infection purulente, et aux autres complications ; l'érysipèle, par exemple, qui forceront bien le malade à s'aliter, sans aucun bénéfice pour ses lésions, si elles ne le conduisent rapidement à la mort. En outre, la tuberculose des trajets fistuleux étant admise, le microbe pourra se propager aux parties voisines et aggraver l'état général.

TRAITEMENT

Une multitude de moyens ont été mis en usage pour le traitement des fistules à l'anus. Les uns sont complètement tombés en désuétude, nous ne ferons que les mentionner, les autres font partie de la thérapeutique chirurgicale actuelle.

Parmi les premiers, il serait fastidieux de rappeler les baumes, les onguents, les pommades employés contre la fistule ; nous ne nous attarderons pas davantage à décrire les différents caustiques solides ou liquides qui touseurent leur vogue passagère. Cependant nous devons signaler les flèches caustiques de Canquoin remises en honneur par Salmon et Manoury (*Traitement de la fistule anale par les flèches caustiques in Gazette médicale*, Paris, 1859), puis par Gaujot (*Thèse Paris*, 1874), mais par cette méthode on détruit une trop grande quantité de tissus sains, et on est exposé aux rétrécissements et aux hémorrhagies secondaires. Nous signalerons aussi les injec-

tions iodées de Boinet (*Gazette médicale*, Paris, 1853). Pour la plupart des chirurgiens, avec cette méthode l'insuccès est la règle. Cependant, Gosselin insiste sur son essai « dans les cas où, la fistule étant intra-sphinctérienne, on serait obligé, si l'on incisait, de faire une grande plaie, et d'exposer le malade, au moins pour quelque temps, à un certain degré d'incontinence fécale, mais il ne faut pas trop promettre et laisser entrevoir la possibilité de l'insuccès. »

La ligature simple, telle que l'employaient Foubert et Desault est un procédé long, incertain, douloureux, inapplicable aux fistules compliquées et multiples; elle ne peut être qu'une opération conciliante. Actuellement, la seule ligature en usage est la ligature élastique.

La compression excentrique avait pour but de tarir l'ulcère en fermant son orifice interne et en maintenant appliquées ensemble les parois fistuleuses, de manière à permettre leur adhésion. Les moyens de compression employés jusqu'ici ont été inefficaces; de plus, ils provoquaient d'insupportables ténésmes et quelquefois des phénomènes inflammatoires. Les appareils de ce genre les plus connus sont : la double canule à chemise de Bermond et la chemise de Piedagnel.

Quant à l'excision, elle n'est plus employée depuis fort longtemps; par cette opération, la mortalité serait de 1/13 (Chassaignac). Pour Boyer, en se servant de ce procédé, on compromet la vie du malade pour le débarrasser d'une incommodité avec laquelle il peut vivre fort longtemps.

Actuellement, les seules méthodes que l'on emploie sont : l'incision au bistouri, le fer rouge, l'écrasement linéaire et la ligature élastique.

Guy de Chauliac, par crainte des hémorrhagies, se servait déjà d'un bistouri chauffé à blanc. Actuellement, on a essayé de remplacer le bistouri par le thermo-cautère de Paquelin ou l'anse galvano-caustique. Ce procédé a l'avantage de mettre plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, de la phlébite et de l'infection purulente. Ce dernier bénéfice serait dû « à la formation, à la surface des plaies, d'une sorte de barrière, de cuirasse, les protégeant contre l'accès de l'air environnant. » (Sabatier de Lyon, thèse d'agrégation. Paris, 1883.) Outre son rôle hémostatique, le fer rouge serait donc un agent antipitique.

M. Tripiier n'emploie le thermo-cautère que dans les cas de fistules très élevées, lorsqu'il craint des hémorrhagies considérables, ou bien lorsque les tissus sont fortement indurés ou complètement fongueux. En outre, il l'emploie aussi après l'incision au bistouri et le raclage pour arrêter l'hémorrhagie en nappe et pour modifier les tissus. Dans la fistule anale tuberculeuse, la cautérisation, par l'élévation de température qu'elle détermine, doit détruire les bacilles tuberculeux contenus dans les tissus, en même temps qu'elle oppose une barrière à l'entrée des germes.

Chassaignac préconise la ligature extemporanée au moyen de son écraseur linéaire. L'écraseur aurait comme action spéciale, le rôle d'agent hémostatique ;

et Chassaignac lui reconnaît aussi une action secondaire consécutive : l'asepticité de la plaie pouvant se poursuivre au delà de l'opération. Mais les espérances fondées sur cette méthode ont été déçues « l'immunité n'est jamais absolue, jamais certaine ; essentiellement passagère, elle s'évanouit dès que la suppuration s'établit. » (Sabatier, *loco cit.*). Ce procédé est lent, douloureux, c'est une ligature qui produit des déchirures dont on ne peut prévoir l'étendue et qui ne met pas toujours à l'abri des hémorrhagies secondaires. Gosselin lui préfère l'incision, Esmarek le proscrit absolument. Cependant, Desprès lui reconnaît des avantages et l'emploie toutes les fois que la fistule remonte très haut et que le péritoine pourrait être lésé, lorsque l'orifice externe est situé à une grande distance de l'anus. C'est donc un procédé exceptionnel.

La ligature élastique est en honneur dans le traitement des fistules anales, surtout depuis les travaux d'Allingham, chirurgien de l'hôpital Saint-Marc, à Londres. La méthode repose sur les propriétés ulcérautes du caoutchouc, qui sectionne progressivement les tissus et qui aplatit et oblitère les vaisseaux avant de les diviser. On a ainsi une ligature continue et progressive. Nous ne décrivons pas le manuel opératoire ni les perfectionnements apportés à cette méthode, ils sont exposés dans tous leurs détails dans *le Traité des maladies du rectum et de l'anus*, publié en 1877, par M. Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui, un des premiers en France, employa la ligature élastique.

Allingham reconnaît à sa méthode les avantages suivants : 1° elle ne détermine pas de douleurs ; 2° elle n'est pas suivie d'hémorrhagie, même chez les hémophiles ; 3° la guérison est rapide (20 au lieu de 35 jours) ; 4° le patient ne garde pas le lit ; 5° l'anesthésie est inutile ; 6° elle n'expose ni à l'érysipèle ni à la pyohémie, il n'y a pas de suppuration.

Cette méthode fut essayée à peu près par tous les chirurgiens. Dans une discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie (4 octobre 1882), Lucas-Championnière, Sée, Duplay, avouent que les résultats ne sont pas aussi bons que les partisans de la méthode veulent bien le dire, que l'opération est parfois douloureuse, et qu'enfin si des culs-de-sacs fistuleux échappent à la ligature, il y a récurrence ; cependant, ils acceptent la ligature pour les cas simples, à trajet unique. Au contraire, Verneuil, Després, Terrier, Berger, Trélat, repoussent cette méthode. Pour eux, la ligature élastique laisse intacts les diverticules qui sont pleins de tissus fongueux, elle ne détruit pas les callosités, elle ne modifie pas les tissus. La ligature est donc une opération incomplète ; de plus, elle est impraticable quand la fistule est longue, les tissus épais, et les prolongements nombreux. Pour Verneuil : « Peut-être la ligature élastique convient pour des fistules petites, sans diverticules ni décollement, mais alors tout convient. »

Cette opinion est aussi celle de Kœnig et d'Esmarck. (*Dict. Pitha et Billroth*, 1882.) Pour ce dernier, il n'emploie la ligature que dans les cas de phthisie avancée, lorsque l'ouverture siège très haut, chez les gens timorés ou trop occupés.

Picot (Th. Paris, 1883), préconise la ligature élastique non serrée, ou tube à drainage. Mais il admet lui-même que les fistules compliquées, multiples, profondes, à diverticules nombreux, ne sont pas justiciables de ce procédé.

L'incision au bistouri est, avec la ligature simple, la méthode la plus ancienne, cependant, elle n'a été vulgarisée qu'au commencement du ^{xviii}^e siècle, par Dionis. On lui fit de graves reproches. A. Paré craignait les hémorrhagies, Paul d'Egine, Jean de Vigo, Marchettis, redoutaient l'incontinence des matières fécales. Enfin, au commencement de ce siècle, les chirurgiens, découragés par les accidents des plaies, n'employèrent le bistouri que le plus rarement possible. Aussi, les méthodes que nous venons de passer en revue, n'avaient-elles pour but que de parer à ces inconvénients. Aujourd'hui, grâce à la méthode Listérienne, les complications des plaies ont disparu. Il nous reste à examiner la valeur des autres reproches.

L'hémorrhagie évidemment est redoutable, surtout chez les sujets débilités ; mais les pertes de sang considérables étaient surtout le fait de l'excision qui, aujourd'hui, n'est plus pratiquée, tout au moins de la même façon. De plus, en incisant méthodiquement et couches par couches, il sera facile de saisir les vaisseaux avec des pinces hémostatiques, d'autant plus que les artères hémorroïdales qui traversent transversalement la fosse ischio-rectale, ne présentent jamais un volume assez considérable pour préoccuper le chirurgien. Au niveau des

sphincters et du rectum, on n'a plus qu'un réseau anastomotique qui donnera une hémorrhagie en nappe et que l'on pourra toujours arrêter promptement, soit par la torsion, soit avec le thermo-cautère. D'ailleurs, ces hémorrhagies sont rares, puisque sur 220 opérations de fistules, Desprès n'a jamais eu d'hémorrhagie. Nous indiquerons plus loin le procédé qu'emploie M. L. Tripiér, dans les cas de fistules très élevées où le chirurgien est obligé d'aller à l'aveugle (*Emploi du dilatateur-gouttière*) et où il serait difficile d'arrêter une hémorrhagie.

Quant à la possibilité de blesser le péritoine, dans les cas de fistule remontant très haut du côté du rectum, Velpeau prétend que cette crainte est chimérique parce que c'est la muqueuse qui est toujours décollée, et la sonde cannelée la sépare des parties voisines, par conséquent du péritoine. Cependant Roux (*Soc. de chirurgie*, 10 mai 1853), cite un cas de péritonite suraiguë survenue à la suite de l'opération ; depuis, plusieurs cas analogues ont été signalés. Aussi, la plupart des chirurgiens n'incisent pas les décollements lorsqu'ils sont très élevés. Gosselin ne veut pas que l'on incise le rectum plus haut que le doigt à cause du péritoine ; ce qui reste guérit seul, sinon il emploie l'entérotome de Dupuytren. Koenig dit simplement que l'on peut ne pas inciser les décollements élevés et espérer leur guérison spontanée lorsqu'ils ne sont pas trop minces. Pour Esmarck, il est de l'avis de Gosselin ; l'expérience lui a enseigné que les parois se soudent sans qu'il soit besoin de porter l'incision aussi haut.

Il en est de même pour les clapiers qui remontent très haut. Les mêmes chirurgiens s'efforcent de les vider sans faire d'incision. Pour arriver à ce but, M. Tripier se sert du dilatateur-gouttière et, au besoin, de la curette.

Un reproche que l'on a fait à toutes les incisions soit avec le bistouri, soit avec un autre procédé est l'incontinence des matières fécales, à la suite de la section du sphincter dans les cas de fistules rectales proprement dites (classification de Chassaignac). Mais, ainsi que Pott l'a fait remarquer, l'incontinence est loin d'être fatale et on ignore pourquoi tantôt on l'observe, tantôt on ne l'observe pas.

Suivant Gosselin, l'incontinence lorsqu'elle existe, n'est jamais absolue et ne se montre que lorsque les matières sont liquides; d'ailleurs, cette incontinence s'affaiblit avec le temps; et à mesure que les forces du malade se relève, le sphincter reprend ses fonctions.

Pour Esmarek, l'incontinence n'est pas le fait de la section du sphincter, elle est due à la section des filets nerveux qui se rendent en grand nombre à ce muscle; en effet, la fonction du muscle se rétablit au bout d'un an, ce qui est dû à la régénération des tubes nerveux. On doit donc conseiller de faire l'incision perpendiculairement à la direction des fibres du sphincter, et non suivant une direction oblique.

Koenig constate simplement que, dans les cas de fistules élevées qui nécessitent la section du sphincter interne, on observe souvent de longues incontinenances de matières fécales. Pour éviter cet

accident, il conseille d'opérer de bonne heure, sans inciser le rectum. Il se contente de débrider largement, de sectionner toutes les brides fibreuses et de remplir la cavité de gaze phéniquée.

Dans les cas simples, on n'a donc rien à redouter de l'incision ; tandis que les avantages de cette méthode sont considérables, parce que seule, elle remplit toutes les indications.

En effet, pour guérir une fistule anale il faut : 1° faire communiquer le trajet de la fistule avec l'intestin, afin que la paroi de la fistule se confonde avec celle de l'intestin ; 2° ouvrir tous les clapiers et les faire communiquer soit avec le trajet principal, soit avec l'extérieur, inciser tous les trajets secondaires, enlever la peau qui est amincie et privée de vitalité, sectionner les décollements de la muqueuse rectale ; 3° détruire les callosités, les tissus fongueux ou tuberculeux ; 4° modifier les tissus.

En un mot, il faut faire une plaie simple que l'on traitera comme telle.

Or, il est reconnu (*Soc. de Chirurg.*) que la ligature élastique est incapable de produire ces résultats, et dans la plupart des cas, l'incision au bistouri est plus commode et plus rapide que l'emploi du thermo-cautère ou de l'écraseur de Chassaignac, comme méthode générale de traitement. L'écraseur de Chassaignac sera réservé pour le traitement des fistules très élevées, et seulement dans certains cas. Le thermo-cautère rendra de précieux secours lorsqu'on sera en présence de ces fistules en pomme d'arrosoir constituées par des tissus spongieux, comme infiltrées

par des fongosités que l'on ne peut détruire que par le fer rouge.

Méthode de M. le Professeur L. Tripier

A la Clinique chirurgicale de M. le professeur Tripier, la méthode de choix est l'incision au bistouri; mais, en même temps, on pratique toujours les contre-ouvertures nécessaires, le grattage des parois, et la cautérisation avec le thermo-cautère de Paquelin.

Avant l'opération, il est d'une importance capitale de préparer le malade. Il faut d'abord administrer un purgatif pour vider l'intestin; puis imposer une diète lactée, sévère, pendant au moins 4 à 5 jours; M. Tripier pense qu'il est encore mieux de s'y prendre 8 jours à l'avance, car il a trouvé encore des matières fécales dans la dernière partie de l'intestin, 3 jours après le début des soins préventifs.

Le malade étant couché sur le lit d'opération, on nettoie toute la région avec le plus grand soin, les parties cutanées sont débarrassées avec le rasoir des poils qui les recouvrent; puis on les frotte avec la brosse et le savon noir, et enfin on les lave avec la solution forte d'acide phénique (50/1000); la muqueuse et le rectum sont lavés avec une solution d'acide salicylique (4/1000).

Cela fait, on commence l'anesthésie. Le chirurgien, les aides, les instruments, de même que les éponges devront être rigoureusement aseptiques.

Le patient est couché sur le côté gauche dans la position classique, la cuisse gauche étendue, la droite fortement fléchie sur le bassin. Le chirurgien pratique alors l'incision de tous les trajets fistuleux, ainsi qu'il l'indique Boyer et suivant son manuel opératoire que nous ne retracerons pas ici. Lorsque l'orifice interne de la fistule est très voisin de l'anus, il passe directement une sonde cannelée, mince et flexible par les deux orifices de la fistule; arrivé dans le rectum, il ramène avec le doigt le bec de la sonde hors de l'anus, puis il incise toutes les parties qui se trouvent devant la cannelure, c'est-à-dire, la peau, l'anus et le rectum. Si au contraire l'orifice interne est trop élevé pour qu'il puisse faire sortir le bec de la sonde cannelée par l'anus, l'incision se fait sur la sonde cannelée et le gorgeret de Marchettis. Telle est la pratique ordinaire; mais avec le spéculum de M. Tripiér dont il sera question plus loin, on a l'avantage d'opérer à ciel ouvert; aussi bien nous n'hésitons pas à lui donner la préférence.

Le trajet principal incisé, il faut sectionner tous les trajets secondaires, mais toujours sur la sonde cannelée. Toutes les fois que la peau est décollée, amincie, violacée; toutes les fois qu'elle est privée de vitalité, il ne faut pas se contenter de l'inciser, il faut l'enlever totalement.

Il incise ainsi tous les trajets fistuleux, il vide tous les clapiers, il sectionne toutes les brides qui s'opposeraient au libre écoulement des produits de la fistule ou entraveraient la cicatrisation. Il a ainsi une plaie plate.

Si l'intestin est dénudé au-dessus de l'orifice interne, ce qui est le cas le plus fréquent, il fend cette portion décollée avec des ciseaux. Pour éviter que les deux lambeaux ne flottent et ne s'opposent à la guérison de l'intérieur de la plaie, il avive leurs bords en les sectionnant en biseau. Si ce décollement remonte plus haut que le doigt, nous avons vu que la plupart des chirurgiens admettent que la guérison peut avoir lieu spontanément.

Lorsque les clapiers remontent très haut, et qu'il serait téméraire de porter si loin le bistouri, dans la crainte d'une hémorrhagie considérable ou d'une lésion du péritoine, M. Tripier fait néanmoins le débridement; mais au lieu de se servir du bistouri, il emploie son dilateur-gouttière (1). Cet instrument a été inventé pour un autre usage, mais son emploi est ici parfaitement indiqué. Il l'introduit fermé dans la poche purulente, puis il écarte fortement ses branches. L'orifice de communication du clapier avec le trajet principal est ainsi largement ouvert, et par cet orifice artificiel, le pus peut s'écouler librement, et le chirurgien peut aller modifier les parois de la collection purulente. De cette façon, le clapier fera pour ainsi dire corps avec le reste de l'incision et pourra

(Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, 20 juin 1883. Rapport à la Société de chirurgie) :

« Le dilateur-gouttière est destiné à faciliter tout à la fois la pratique des contre-ouvertures et l'établissement des drains. Au moyen d'une incision faite à la peau seule, on fait traverser de part en part le foyer par une sonde cannelée qui sert de conducteur au dilateur, les branches en haut; la sonde retirée, on retourne le dilateur de manière que les branches soient en bas, et l'on rapproche ces dernières pour dilater le trajet, après quoi on place le drain. » Cet instrument est construit par Collin.

se cicatriser en même temps que les autres trajets fistuleux.

Si un des clapiers était tellement anfractueux, qu'il ne pût se vider complètement par l'orifice principal, il faudrait faire une contre-ouverture dans la partie la plus déclive. Là encore, le dilatateur-gouttière sera d'un précieux secours.

En agissant de la sorte, on n'aura à redouter ni hémorrhagie ni péritonite consécutives, cependant l'indication sera remplie.

Pendant l'opération et chaque fois que le besoin s'en fait sentir, soit pour vider les clapiers, soit pour désinfecter la plaie, on fait passer sur tout le champ opératoire un fort courant d'acide salicylique (solut. 4/1000).

Alors il faut s'assurer que rien n'a été oublié. Le doigt, et mieux le stylet doit être promené sur toutes les parties sectionnées, afin de rechercher s'il ne reste de petits prolongements, de petites brides, de petits ponts qui s'opposeraient à la cicatrisation.

Ceci fait on procède à l'ablation des tissus fongueux ou tuberculeux et des callosités ; en même temps on détruit le revêtement épithélial qui tapisse les lèvres du trajet fistuleux. Pour les callosités, Boyer prétend qu'il suffit d'y faire des scarifications en divers sens pour que la suppuration en amène la fonte. Pour le revêtement épithélial, Kœnig (*Centralbl.* 1880), conseille de faire l'avivement des bords de la fistule ; la réunion se fait aux angles de la plaie par la soudure des granulations et s'arrête dès que le revêtement épithélial se forme.

Koenig pratique alors un nouvel avivement. C'était pour la même raison que Alquier, de Montpellier, appliquait aux fistules anales le procédé que Gensoul employait pour empêcher la réunion des doigts palmés (1839), il les cautérisait légèrement, soit avec le crayon, soit avec une solution de nitrate d'argent. M. Tripier préfère suivre la manière de faire de M. Volkmann de Halle. Il gratte avec la curette toutes ces parois qui sont indurées et recouvertes de granulations ; il enlève toute la membrane pyogénique, non seulement des parois, mais encore des clapiers, ainsi que le revêtement épithélial ; il ne s'arrête que lorsqu'il est sur le tissu sain.

Généralement, à la suite de ce grattage, il se produit une petite hémorrhagie en nappe que l'on arrête facilement en passant légèrement sur les tissus, le thermo-cautère de Paquelin. Cette cautérisation légère a pour avantage, non seulement d'arrêter l'hémorrhagie, mais encore de modifier les parties malades que le grattage aurait pu oublier ; en outre, elle empêche par l'eschare qu'elle détermine, l'agglutinement des parois, et surtout elle oppose une barrière à l'absorption. C'est dans ce dernier but qu'Esmarck, frappé des bons effets du galvano-cautère, promène sur la surface sectionnée un pinceau imbibé d'une solution caustique. En agissant de la sorte, on est sûr que la cicatrisation se fera d'une façon régulière.

L'opération est terminée, mais avant de procéder au pansement, il faut s'assurer que l'hémostase est parfaite, sinon il faut arrêter l'hémorrhagie soit par des ligatures au catgut, soit par la torsion, et mieux par la cautérisation.

En outre, M. Tripier a l'habitude de badigeonner toute la surface du rectum avec une solution de nitrate d'argent, afin de modifier la muqueuse qui présente ordinairement de la rectite chronique rebelle.

Ceci fait, on nettoie une dernière fois tout le champ opératoire avec un fort courant d'acide salicylique.

Pansement

L'incision des trajets fistuleux, le grattage et la cautérisation ont fait d'un foyer purulent et contagieux, une plaie simple, débarrassée de ses fongosités et de ses granulations. Les précautions antiseptiques prises pendant l'opération, les lavages désinfectants nous ont mis à l'abri de la sepsie. Il faut maintenant : 1° maintenir cette plaie dans un état aseptique complet pour éviter toute infection et même la suppuration ; on sait, en effet, que la suppuration n'est qu'une complication et non un stade forcé de la cicatrisation, un phénomène nécessaire pour la réparation des pertes de substance ; 2° empêcher aux matières fécales de traverser le champ opératoire, et 3° s'efforcer de favoriser la cicatrisation et la réparation des tissus en forçant l'intestin à rester accolé aux parois.

Pour maintenir la plaie dans l'asepsie la plus parfaite, il faut empêcher aux microbes d'arriver jusqu'à elle et la transformer en un milieu inhabitable pour ces organismes inférieurs, c'est-à-dire rendre les sécrétions imputrescibles. Nous n'avons pas ici à

exposer la théorie microbienne et à montrer que la cause la plus importante des phénomènes suppuratifs et infectieux est due à la présence des germes atmosphériques. Cette théorie est démontrée par l'expérimentation et par les faits. Elle domine actuellement toute la chirurgie.

Le pansement antiseptique, tel que le pratique Lister, garde une supériorité incontestable sur tous les autres procédés pour la plupart des régions. Mais pour l'appliquer dans toute sa rigueur, il faut faire une occlusion complète. Or, le pansement de Lister est impuissant à remplir cette indication, toutes les fois qu'une plaie est en communication avec une cavité muqueuse ou siégeant sur elle. C'est ainsi qu'on a vu l'opération de la fistule anale suivie d'érysipèle malgré le pansement de Lister. Dès 1879, Mosetig-Moorhof, Mickulicz, Paneth, Billroth, ont montré que l'iodoforme présente des avantages plus grands que l'acide phénique, pour ce genre de plaies, parce que, déposé directement sur les surfaces cruentées, il les protège contre la putridité par son simple contact. Dès son entrée à la clinique chirurgicale de Lyon, M. le Professeur Tripier a employé cette substance comme antiseptique, et toujours le résultat a été des plus satisfaisants. L'étude expérimentale et clinique sur l'emploi chirurgical de l'iodoforme a été faite à Lyon par M. le docteur V. Martin, élève de M. Tripier (*Thèse, Lyon* 1882). Rohmer (*Revue de Chirurgie*, 1882), et Paul Berger (*Revue des sciences médicales*, 1883) ont résumé les avantages et les inconvénients de cette substance.

Aujourd'hui, il est démontré que l'iodoforme, sous un faible volume et par son simple contact, est un désinfectant de premier ordre, un modificateur des sécrétions, un anesthésique local (Laillier, 1859, Eastlake, Greenhalgh, 1866); il active la cicatrisation. Mais, en outre, ce serait un agent destructeur des fongosités. Cette propriété de l'iodoforme a été mise en lumière par Mosetig, mais, dès 1878, Moleschott en avait signalé les avantages dans les adénopathies scrofuleuses du cou, et en 1882, Mickulicz (*Wiener-Klin.*) et Marc Sée (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1882, p. 57), en montrèrent l'influence éminemment favorable sur les productions tuberculeuses. Pour M. Chandelux (*Des synovites fongueuses articulaires et tendineuses* Th. agrégat. Paris, 1883). « Peut être faut-il voir dans l'influence curative si remarquable que possède l'Iodoforme sur les productions scrofulo-tuberculeuses, le résultat de son action destructive de l'élément infectieux, bacilles ou zooglées. On peut supposer que ces micro-organismes ou bien sont tués par l'iodoforme ou bien deviennent incapables de se multiplier dans un milieu où cette substance a pénétré et a diffusé. » Cette hypothèse, ainsi que le dit l'auteur, a tous les caractères de la probabilité.

On comprend dès lors tous les avantages que présente l'emploi de l'iodoforme dans le traitement des fistules anales. Outre son action antiseptique, cette substance, portée jusque dans les anfractuosités les plus reculées, que le grattage ou le thermo-cautère n'auront pu atteindre, agira sur les fongosités qui

auront échappé et exercera sur elles l'action modificatrice particulière qui vient d'être signalée.

L'iodoforme pourrait être employé seul, M. Tripier préfère le pansement mixte, c'est-à-dire : iodoforme et gaze phéniquée, suivant une technique que nous exposerons plus loin. Par cette méthode, outre le bénéfice de contact dû à l'iodoforme, on aura les avantages de l'occlusion. En effet, la plaie laissera échapper de la sérosité qui bientôt dépassera les limites de la zone iodoformée et sera dès lors en contact avec les germes extérieurs. C'est pour empêcher ce contact que l'on devra recouvrir la région correspondante avec des doubles de Lister. On arrivera ainsi à des pansements extrêmement rares.

Si l'on se contentait de cette pratique, le pansement ne serait occlusif que pour les agents infectieux venant de l'extérieur, mais le contagement pourrait se faire par le rectum.

C'est pour remédier à cet inconvénient que M. Tripier a imaginé d'introduire dans le rectum un gros tube de caoutchouc, préalablement entouré à sa partie moyenne, de gaze iodoformée de façon à lui donner la forme d'un fuseau. L'extrémité supérieure du tube doit pénétrer dans le rectum au-dessus de l'incision qui a été faite, la partie inférieure émerge au dehors du pansement, la partie moyenne recouverte de gaze iodoformée (1) est en contact avec la

(1) *Préparation de la gaze à l'iodoforme :*

Avoir d'une part de la tarlatane dégraissée avec du bicarbonate de soude;

Avoir d'autre part 1 litre et 2 demi-litres.

1° Dans un des demi-litres, mettre 150 grammes d'éther et 35 grammes de colophane ;

plaie qu'elle comprime. La gaze iodoformée doit déborder l'anus pour assurer l'occlusion.

Ce tube a pour avantage de rendre l'occlusion complète, la plaie ne sera en contact qu'avec le pansement, les gaz intestinaux pourront s'échapper par le tube qui les conduira au dehors. En outre, il a l'avantage de faire de la compression. Nous avons vu plus haut que quelques chirurgiens avaient essayé de la compression comme méthode de traitement de la fistule anale, mais leurs efforts ont échoué et la compression excentrique employée seule n'est plus de mise. Et cela se comprend, ils avaient pour but de fermer l'orifice interne et de maintenir appliquées ensemble les parois fistuleuses. Tout d'abord, les différents moyens employés remplissaient mal ces deux indications; en outre, les clapiers n'étaient pas vidés, les parois fistuleuses n'étaient pas modifiées, la cicatrisation ne pouvait se faire. Le tube en caoutchouc,

2° Dans l'autre demi-litre, mettre 150 grammes d'éther et 35 grammes d'iodoforme pulvérisé.

Faire dissoudre chaque partie et ensuite vider dans le litre.

Agiter vivement et ajouter 15 grammes de glycérine.

3° Vider le tout dans une cuvette après y avoir placé 35 mètres de tarlatane.

Préparation de la gaze phéniquée (formule de Paul Bruns, Tubinge):

Gaze.....	25 mètres.
Colophane.....	400 grammes.
Alcool.....	2000 grammes.
Huile de ricin.....	40 grammes
Acide phénique.....	100 grammes

Tube en caoutchouc :

Longueur.....	0 ^m 15 à 0 ^m 17.
Diamètre.....	0 ^m 02.
Ouverture centrale (diamètre).....	0 ^m 01.

en faisant de la compression, force les deux lèvres de la paroi rectale à rester accolées aux parois des trajets fistuleux incisés, les mouvements du rectum seront anihilés dans cette portion ; enfin, la cicatrisation ne pourra se faire que du centre à la périphérie. A ce dernier point de vue, la gaze iodoformée qui entoure le tube remplace avantageusement la mèche enduite de cérat, que la plupart des chirurgiens avait l'habitude d'introduire entre les lèvres de la plaie pour empêcher leur agglutination partielle ; grâce à elle, les parois de la plaie seront toujours tenues suffisamment écartées. Enfin, si par impossible, le chirurgien avait fait une hémostase incomplète, le tamponnement serait suffisant pour arrêter une hémorrhagie légère.

De plus, si l'on n'a pu inciser les décollements de la muqueuse rectale parce qu'ils étaient trop élevés ; si pour la même raison on n'a pu faire communiquer certains clapiers avec le rectum, la compression exercée par le tube forcera les parois à s'accoler et à se réunir.

Le grand reproche que l'on faisait à la compression excentrique, et que Pouteau faisait aussi à la mèche, est que ces procédés déterminaient de vives douleurs et des ténésmes insupportables. Tous les malades que nous avons vu traités avec le tube, ne se sont jamais plaints de sa présence, ils s'y habitudeaient rapidement et le supportaient très bien ; il n'a jamais déterminé ni vives douleurs, ni ténésme, à condition qu'il fût parfaitement immobilisé et que rien ne frottât contre lui. C'est pour cela que la partie

libre du tube doit être assez longue pour être ramenée entre les jambes. En outre, elle devra toujours être taillée en bec de flûte. Ces précautions prises, les malades ne se plaignent qu'au moment des pansements ultérieurs, lors de son introduction.

En effet, il n'est pas toujours facile de placer ce gros tube, mais son introduction est singulièrement facilitée par un instrument que M. Tripier a fait construire sur le modèle du dilateur-gouttière, et qu'il appelle *Dilatateur-Rectal* (1).

L'emploi de l'iodoforme est des plus simples. Il suffit de saupoudrer de cette substance les surfaces cruentées soit avec un sablier soit avec une spatule ; mais dans les fistules anales pour que l'iodoforme pénètre plus facilement dans toutes les anfractuosités, M. Tripier se sert de l'insufflateur de *Wolfler* : ce soufflet a en outre l'avantage de ne projeter que de la poudre très fine, et par conséquent de ne recouvrir la plaie que d'une mince couche d'iodoforme. On sait en effet (*Th. de Martin*, p. 60) que : 1° sous un poids égal, la poudre agit avec plus d'intensité que les cris-

(1) Le *dilatateur-rectal* a beaucoup d'analogie avec le *dilatateur-gouttière*, avec cette différence que la dilatation des valves se fait parallèlement. Ces dernières ont la même longueur que celles du spéculum d'Amussat, mais dans ce dernier, les valves présentent à leur extrémité un rebord qui gêne pour dégager le spéculum, tandis que M. Tripier a eu soin de rendre ces valves absolument lisses, de telle sorte qu'elles n'accrochent pas l'extrémité du tube. Comme autre avantage de cet instrument, disons qu'il donne beaucoup plus d'espace pour manœuvrer que tous les autres instruments proposés dans ces dernières années. On peut s'en servir comme moyen complémentaire ou de vérification pour la dilatation qu'il s'agisse de fissure ou d'hémorroïdes. (Cet instrument est fabriqué par M. Collin, à Paris, ancienne maison Charrière.)

taux ; 2° les cristaux agissant comme corps étrangers peuvent irriter trop fortement les tissus. Enfin, la poudre d'iodoforme employée en trop grande quantité, a l'inconvénient d'être d'un prix très élevé, et de déterminer de l'intoxication (*Voir Th. Martin*, p. 83).

S'il y a des clapiers profonds, on introduit dans leur intérieur de la gaze iodoformée, dont le manie-ment est plus facile.

Puis on introduit dans le rectum le tube en caout- chouc entouré de gaze iodoformée en ayant soin de prendre les précautions signalées plus haut.

Cela fait, on applique des morceaux de gaze frois- sée à l'acide phénique autour du tube, et au niveau de la plaie. La gaze doit être plus abondante au ni- veau des parties déclives, c'est-à-dire en arrière vers le coccyx et le périnée, les malades devant rester couchés sur le dos. Cette gaze froissée a pour but de se laisser imbiber plus facilement que les doubles de Lister, par les sécrétions qui sans elle pourraient couler au-dessous du pansement.

On place ensuite les huit doubles de Lister recou- verts d'une toile imperméable que l'on applique de telle sorte qu'ils enveloppent complètement la plaie, la partie inférieure des lombes, le périnée et le haut des cuisses. On les fixe par quelques tours de bande de tarlatane, puis on garnit les bords du pansement et la partie antérieure de l'abdomen avec du coton à l'acide benzoïque et l'on termine en assujettissant ce pansement en forme de caleçon de bain par des bandes de tarlatane trempées dans la solution faible

d'acide phénique (25/1000). La tarlatane ne tarde pas à durcir et à fournir une vraie cuirasse (1).

Il faut autant que possible empêcher les matières fécales de se former, parce que les mouvements du rectum et les contractions du sphincter empêcheraient la cicatrisation, pendant que les fécès souilleraient la plaie. C'est pour cela qu'outre une diète sévère (vins, bouillons de viande), on doit prescrire 0 gr. 10 d'extrait d'opium, à prendre à des espaces réguliers dans le courant de chaque jour. Par ce moyen, nous avons vu des femmes attendre facilement 15 et 20 jours avant d'aller à la garde-robe et ne s'en plaindre nullement. Mais sans aller aussi loin, M. Tripier attend ordinairement le 5^e ou le 6^e jour avant d'alimenter le malade, afin que le tissu de granulation qui doit opposer une barrière contre l'infection ait eu le temps de se former. (Pour les auteurs, ce tissu est formé au bout de quatre jours.)

Après l'opération, ainsi qu'avant, il est de la plus haute importance de surveiller le régime. Pour

(1) Pour que l'occlusion soit complète, il est indispensable d'agir de la façon suivante. Le malade doit être à genoux, le thorax reposant sur les coudes. On applique les doubles de Lister, de telle sorte qu'ils s'étendent de la ceinture à la partie moyenne des cuisses. La partie des doubles comprise entre l'écartement des cuisses doit être fendue jusqu'au périnée en forme d'Y. On a ainsi deux valves que l'on enroule autour des membres inférieurs, et la partie comprise entre les deux branches de l'Y s'applique sur le périnée.

Lorsque le malade sera dans son lit, couché sur le dos, il faut s'efforcer de lui donner la position qu'il avait au moment du pansement, sans quoi on s'expose à voir le pansement bâiller (le malade étant dans l'extension complète dans son lit, alors qu'il avait une position fléchie au moment du pansement). Il est donc important de lui donner la même position en lui glissant un travessein sous les jarrets.

n'avoir pas à y revenir nous dirons de suite que pendant les premiers jours, il faut instituer une diète sévère et se contenter d'aliments liquides (vin, bouillon de viande, lait, à condition qu'il soit bien toléré). Au bout de 5 à 6 jours, M. Tripier commence à alimenter ses malades (potages maigres, œufs clairs, lait, fruits cuits, bouillons dégraissés); et il a soin de toujours administrer une des prises suivantes :

Poudre de belladone	1 à 2 centigr.
Poudre de magnésie	50 —

Puis lorsque le malade a besoin d'aller à la garde-robe, pour que les matières soient toujours molles, il fait administrer le lavement suivant :

Miel ordinaire	3 cuil. à bouche
Eau	q. s.

Ordinairement le besoin d'aller à la selle ne survient que tous les 2 ou 3 jours.

Vers le 10^e ou 12^e jour, les malades demandent une nourriture plus substantielle, on leur donne alors des aliments qui nourrissent sous un petit volume : poissons, viande grillée, etc. ; il faut éviter les féculents.

Le pansement mixte à l'acide phénique et à l'iodoforme reste en place très longtemps; mais le lendemain d'une opération grave, M. Tripier examine toujours la plaie, bien que les pièces du pansement ne soient pas souillées, il se contente de voir s'il ne survient aucune complication locale, sans toucher ni à l'iodoforme ni au tube; puis il refait le pansement

extérieur après avoir lavé ; il en est de même lorsqu'il se trouve en présence d'une élévation brusque de température, qu'elle soit due à une complication, ou simplement à la fièvre dite aseptique.

En dehors de ces cas, le pansement ne doit être renouvelé que lorsqu'il est souillé par les sécrétions (toujours voir les parties déclives) ; il n'y a donc pas de règle fixe ; cependant, c'est vers le cinquième ou sixième jour, si tout va bien, que l'on procède à son renouvellement. La gaze froissée et les doubles de Lister sont enlevés, le tube de caoutchouc est soigneusement lavé et désinfecté dans de la solution phéniquée forte, et on l'entoure à nouveau de gaze iodoformée pour l'appliquer. Quant à la plaie, il faut se contenter de la laver soigneusement avec l'acide salicylique (1), sans chercher à enlever la poudre d'iodoforme, parce que les liquides sécrétés lentement au niveau de la plaie forment, en se mêlant à l'iodoforme, une couche protectrice et isolante au-dessous de laquelle se passent les phénomènes plastiques (Th. Martin, p. 65), puis on la saupoudre de nouveau, comme il a été dit, avec de l'iodoforme, et l'on refait le pansement occlusif.

Chaque fois que le pansement sera renouvelé, les précautions les plus minutieuses sont prises pour qu'aucune infection ne soit possible (2).

(1) Pour ces lavages, M. Tripier emploie de préférence le tube de Volkmann, qui n'est autre que la canule de Dupuytren, un peu plus grosse toutefois, avec un embranchement latéral pour fixer le tube en caoutchouc de l'irrigateur.

(2) Ces détails ont déjà été signalés par M. Tripier dans la thèse de M. Martin, il n'est pas inutile de les rappeler ici à cause de leur impor-

Telle est la pratique de M. le professeur Tripier, pour les cas de fistule anale que l'on rencontre le plus souvent, c'est-à-dire fistules complètes avec un ou plusieurs trajets, décollement de la muqueuse et de la peau. Nous avons déjà dit que lorsque l'état général est mauvais, il faut se contenter de débrider et de drainer.

Pour les *fistules bornes externes*, à l'exemple de Koenig, on peut se contenter d'inciser le trajet fistuleux sans toucher au rectum; mais là encore il faut débrider les clapiers, faire des contre-ouvertures aux points nécessaires avec le dilateur-gouttière, pratiquer le grattage et la cautérisation des parois, établir des drains, et faire de la compres-

sion capitale et des résultats obtenus. Tous les pansements se font en dehors des salles dans un local adapté à cet usage. Il est expressément recommandé de ne toucher à aucun malade sans s'être préalablement désinfecté. « Le chirurgien et ses aides doivent d'abord se laver les mains et les tremper dans la solution forte d'acide phénique, puis ils prennent des vêtements spéciaux. » Après chaque pansement, chirurgien et aides doivent se désinfecter de nouveau.

L'usage du spray est à peu près complètement abandonné, on l'a remplacé par l'arrosage et les irrigations. Pendant toute la durée de l'opération ou du pansement, on verse des flots de liquides antiseptiques colorés diversement suivant leur degré de concentration ou suivant leur nature; des toiles caoutchoutées préservent les malades de l'humidité. Les éponges sont toujours dans un état d'asepsie parfaite; celles qui ont été souillées par du pus sont détruites.

Tous les instruments dont on doit se servir sont soumis à une température de 125°, grâce à une étuve installée dans la salle d'opération. Avant de s'en servir, on les plonge dans la solution forte d'acide phénique chauffée à 70° ou 80°.

Le catgut dont on se sert est préparé à l'essence de genièvre, suivant les indications de Kocher, de Berne.

Pour les drains, on se sert de préférence de ceux qui sont faits avec du caoutchouc rouge.

sion avec le tube de caoutchouc entouré de gaze iodoformée que l'on introduit dans le rectum. M. Tripier termine le pansement comme il a été dit plus haut. Ce n'est qu'après avoir échoué avec ce procédé qu'on rend la fistule complète et qu'on la traite comme telle.

Pour obtenir la guérison de la *fistule borgne interne*, il faut toujours la rendre complète, et inciser la paroi rectale.

Dans les cas de *fistulettes*, la méthode de choix doit être encore l'incision au bistouri, avec le grattage et la cautérisation des parois. Ce procédé est le plus court et le plus sûr.

Quant au traitement des *fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur*, il est impossible d'appliquer les procédés qui viennent d'être indiqués. L'emploi du thermo-cautère et de l'écraseur linéaire est dangereux à cause du voisinage du péritoine, l'incision avec le bistouri expose en outre à des hémorrhagies graves. Pour remédier à ces accidents, Gerdy sectionnait le trajet fistuleux et la paroi rectale avec l'entérotome de Dupuytren, et Richet, dans le même but, employait un entérotome à branches parallèles.

Mais tout d'abord, les causes de ces fistules sont très obscures. M. Tripier a rencontré surtout des cas dans lesquels il s'agissait de tubercules de la prostate, des vésicules séminales, ou bien de lésions osseuses provenant soit du bassin, soit de la colonne vertébrale. Dans ces conditions, le plus souvent on ne pourra pas agir directement sur la cause, et alors il y aura lieu de se contenter du traitement général.

Quant à l'intervention opératoire, elle devra être réservée pour les accidents locaux qui viendraient à se produire, et encore faudra-t-il tenir compte des circonstances, vu les dangers qu'on pourrait faire courir au malade. En résumé, l'intervention dépend de la cause.

Fistules ostéopathiques. — Nous ne faisons que les signaler, c'est la lésion osseuse qui intéresse le chirurgien.

Les *abcès de la fosse ischio-rectale* ne rentrent pas dans notre cadre, cependant nous devons signaler brièvement leur traitement, parce que, soignés convenablement, ils ne donneront pas naissance à la fistule.

M. Laroyenne, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon (*Gazette hebdomadaire*, 1872, t. IX, p. 335) à l'encontre des auteurs qui veulent que ces abcès soient traités comme de véritables fistules et que l'on incise la paroi rectale, conseille de les ouvrir largement ainsi que toutes leurs ramifications; il détruit avec les doigts et les ciseaux les brides qui se trouvent dans le foyer, il fouille toutes les cavités et arrière-cavités pour empêcher le pus d'y stagner et de se répandre dans les parties voisines, mais il ne touche pas au rectum quoiqu'il trouve de larges orifices internes.

C'est aussi la pratique de M. Tripier, mais, après avoir ouvert largement l'abcès et débridé les clapiers, il porte la curette de Volkmann sur les parois, il fait des injections avec la solution de chlorure de zinc (8/100), il touche les points qui saignent avec le Paquelin, il draine la poche de façon à permettre

l'écoulement des liquides, puis il pulvérise de la poudre d'iodoforme et il remplit la cavité avec de la gaze iodoformée.

Le pansement est le même que celui de la fistule anale. Pour forcer les parois de l'abcès à s'accoler et pour compléter l'occlusion, il introduit le gros tube de caoutchouc dans le rectum.

Par cette méthode, les abcès guérissent rapidement et pour toujours ; ce résultat est obtenu malgré les ouvertures qui peuvent exister déjà sur le rectum et qui se ferment à mesure que l'abcès se cicatrise. Nous avons eu l'occasion de voir plusieurs cas traités de cette façon et qui ont parfaitement guéri.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Georges B..., 20 ans, boulanger, entre le 26 mars 1884 dans la salle Saint-Philippe, n° 35 (service de la Clinique chirurgicale, professeur M. Léon Tripier). Le père de ce malade est mort probablement phthisique, tous ses autres parents se portent bien. Il n'a pas eu de maladies antérieures.

Il y a 14 mois, à la suite d'un violent traumatisme sur le scrotum du côté droit, il eut aussitôt un gonflement énorme de la région avec des douleurs très vives. En même

temps, quoi qu'il n'eût pas d'hémorroïdes, survint un écoulement sanguin par l'anus, qui disparut au bout de quelques jours. Le gonflement du scrotum persista ; il y a 7 mois, il se forma un abcès sur la partie antérieure du scrotum, à la racine du pénis. Depuis, il y a un trajet fistuleux à ce niveau. Il y a 3 mois, un nouvel abcès se forma à la marge de l'anus, il ne donna jamais issue à des matières fécales.

Actuellement, ce malade a une épididymite tuberculeuse du côté droit avec un peu de vaginalite, mais le cordon et le testicule proprement dit sont sains. La peau de la partie supérieure et antérieure du scrotum est adhérente et présente l'orifice fistuleux dont on a parlé plus haut. Depuis la racine des bourses jusqu'à l'anus, les tissus sont indurés. A deux travers de doigt en avant de l'anus, on trouve un large orifice où s'abouchent deux trajets fistuleux. L'un se dirige du côté du testicule, l'autre du côté du rectum. La fistule anale est complète, l'orifice interne est à 3 centimètres au-dessus de l'anus, elle a un trajet de 4 à 5 centimètres. Le rectum est décollé au-dessus de l'orifice interne. Outre ce trajet fistuleux, on en trouve un second, dont l'orifice externe se trouve en avant du premier, et qui va s'aboucher dans le précédent, en avant du rectum. Il n'y a pas de décollement de la peau, mais tous les tissus sont indurés.

Le rectum présente de la rectite chronique et des hémorroïdes assez volumineuses non ulcérées. Au toucher, on ne trouve rien d'anormal ni à la prostate, ni aux vésicules séminales. Le malade nie toute blennorrhagie, cependant il a un léger écoulement uréthral. On ne constate aucun engorgement ganglionnaire, l'état général est bon, pas d'amaigrissement. Le malade tousse un peu, il n'a jamais eu d'hémoptysies. On ne trouve rien d'anormal au poumon. Rien au cœur. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

4 avril. Après les précautions ordinaires : diète, lavements, lavages antiseptiques. M. Tripier enlève avec la curette de Volkmann toutes les parties malades du testicule. Puis il fait

l'opération de la fistule anale. Pour cette dernière, qui seule nous intéresse, on incise sur la sonde cannelée les deux trajets, en comprenant la paroi rectale; les petits clapiers sont largement ouverts; avec des ciseaux, on fend le décollement rectal jusqu'à son sommet. On procède alors au raclage des parois fistuleuses et de tous les tissus indurés qui relient l'anus à l'épididyme, et on termine l'opération par la cautérisation au thermo-cautère de Paquelin, et par le badigeonnage de la paroi rectale avec une solution de nitrate d'argent.

On fait le pansement tel que nous l'avons décrit plus haut : tube entouré de gaze à l'iodoforme, insufflation de poudre d'iodoforme sur toute la plaie, gaze froissée phéniquée et doubles de Lister, un pansement à l'iodoforme est aussi appliqué au niveau de l'évidement du testicule.

On constipe le malade avec une potion opiacée, etc.

Le soir, la température tombe de 37° 8 à 36° 4.

5 avril. M. Tripier inspecte la plaie, il n'y a pas de gonflement.

9 avril. Depuis l'opération pas de réaction, pas de douleurs. La température axillaire ne s'est jamais élevée au-dessus de 38°. On donne au malade une bouteille d'eau de Sedlitz, il va à la selle et on refait un pansement complet. On introduit le tube en caoutchouc dans le rectum avec le dilatateur de M. Tripier; ce temps du pansement est un peu douloureux, mais la douleur ne persiste pas au delà de quelques minutes.

15 avril. Deuxième pansement; l'état de la plaie est toujours excellent.

Les suites de l'opération ont été très simples, il n'y a jamais eu d'élévation de température. Le tube en caoutchouc a été enlevé au bout d'un mois, la plaie anale étant cicatrisée; quelques jours après, l'évidement de l'épididyme se cicatrice à son tour.

Néanmoins, il persiste une fistulette indépendante, bifide, qui conduit au rectum d'une part, du côté de la prostate de l'autre.

26 juin. Sans anesthésie, on sectionne sur la sonde cannelée la fistulette rectale (un peu de peau et de muqueuse), et on se contente de tamponner la plaie avec la gaze à l'iodoforme, sans l'introduction du tube. Dans le trajet prostatique on place des bâtonnets à l'iodoforme. La petite plaie se cicatrise très rapidement à plat.

16 juillet. Aucun trajet fistuleux ne se rend au rectum ; mais il existe encore un trajet fistuleux de 4 centim., qui va dans la direction de la prostate et qui donne lieu à une sécrétion insignifiante.

Du côté du testicule, noyau cicatriciel induré, mais non douloureux, au niveau de l'évidement de l'épididyme.

Etat général excellent; le malade a repris de l'embonpoint.

Cette observation est intéressante au point de vue des résultats admirables de l'antisepsie. Grâce au pansement à l'iodoforme, l'évidement du testicule et la plaie anale ont été cicatrisés en un mois ; quant à la fistule prostatique, elle n'existait pas lorsque l'on a fait l'opération. Cette observation semblerait prouver que la lésion tuberculeuse a débuté par l'épididyme ; de là, elle se serait propagée d'abord au rectum, puis à la prostate, à moins qu'il n'y ait en même temps des tubercules dans l'épididyme et dans la prostate et que ces derniers aient évolué secondairement.

Ce sont les parois de cette fistule anale qui ont été examinées au point de vue du bacille de la tuberculose.

OBSERVATION II

Félix B..., 23 ans, instituteur, entre le 21 juillet 1883, dans la salle St-Philippe, n° 36 (Service de la Clinique chirurgicale). On ne note rien du côté de l'hérédité, ni du côté des antécédents, il n'a jamais été malade pendant son enfance. Depuis quelques mois, il tousse le matin.

Le début de son affection remonte à 4 mois. Il se développa une tumeur à la marge de l'anus, qui au bout de quelques jours s'ouvrit directement dans le rectum ; depuis cette époque, les garde-robes sont souillées de pus, et de temps à autre il se forme une tumeur à la marge de l'anus qui détermine de vives douleurs, mais qui ne dure que 4 à 5 jours.

Au niveau du sphincter, on trouve sur la muqueuse rectale du côté gauche, trois petits orifices et tout autour un léger décollement de la muqueuse. Un stylet fortement recourbé introduit par ces orifices, pénètre à environ 2 cent. 1/2 du côté de la peau. Il n'y a pas d'orifice externe.

L'état général est assez bon, cependant dès le début des accidents il eut des hémoptysies. Au sommet du poumon droit on constate une légère submatité, avec un peu d'exagération des vibrations thoraciques, expiration rude et prolongée. Pas de râles.

Les fonctions digestives se font bien. Rien au cœur, ni aux organes génito-urinaires.

29 juillet. A son entrée, la fistule borgne interne a été le siège d'une poussée inflammatoire, et aujourd'hui l'abcès s'ouvre spontanément au dehors à deux travers de doigt de l'anus.

30. On fait l'incision du trajet fistuleux et de la paroi rectale suivant le procédé habituel de M. Tripier ; les quelques diverticules qui se trouvent sur le trajet sont ouverts, il n'y a pas de trajet secondaire ; on avive les bords de la muqueuse, et par ce moyen on enlève les trois petites ulcérations qui.

siégeaient sur elle. On termine l'opération comme d'habitude : grattage, cautérisation au Paquelin ; tube ; iodoforme, etc.

31. Le malade, au moment de la visite, prétend qu'il ne peut pas résister au besoin d'aller à la selle ; cependant il a pris 10 centigrammes d'extrait d'opium. On enlève le tube et on trouve en arrière de lui quelques caillots sanguins qui avaient déterminé de faux besoins d'aller à la selle. L'état de la plaie est satisfaisant. Pas de gonflement. On fait des lavages à l'acide salicylique, on remet le tube et on refait le pansement.

2 août. Il n'y a pas eu de nouveaux besoins d'aller à la selle. La plaie est rose, on voit quelques eschares faites par le Paquelin. Depuis l'opération, pas de température.

20. Le malade est sorti le 12 août, on lui a enlevé le tube. Il revient montrer sa plaie qui est totalement cicatrisée.

Nous abrégeons à dessein cette observation, aucune particularité ne s'étant présentée. Malgré les soins que M. Tripier apporte à l'hémostase, il s'est produit dans ce cas un léger suintement sanguin, d'où caillots et ténésme. M. Tripier ne procède au pansement que lorsque la plaie est complètement exsangue, il est probable que le tube en se déplaçant aura été la cause de cette légère hémorrhagie.

Dans ce cas, la guérison a eu lieu en 20 jours.

.OBSERVATION III

J.-B. M., 50 ans, marchand de meubles, entre à Saint-Philippe, le 23 janvier 1882. (Service de la Clinique chirurgicale.)

Ce malade ne peut fournir aucun renseignement héréditaire. Comme antécédents pathologiques, il a eu deux fluxions

de poitrine pendant sa jeunesse. Depuis 2 ans, il tousse habituellement, mais il n'a pas d'hémoptysies ni de sueurs nocturnes. Depuis longtemps : hémorroïdes peu douloureuses, rarement fluentes; eczéma.

Il y a 4 ans : abcès de la marge de l'anus, du côté gauche, qui fut incisé par un médecin: guérison complète en 3 semaines.

Il y a 2 ans, à la suite d'un abcès de petit volume et presque indolore, il se forma une fistule du côté droit qu'il ne traita pas.

À droite et un peu en arrière de l'anus, à 3 cent., on constate un orifice caché au milieu de végétations irrégulières. On ne découvre aucun autre orifice, ni des paquets hémorroïdaires. Un peu de rectite chronique.

Rien du côté des voies génito-urinaires: rien d'anormal à l'auscultation: quelques troubles digestifs.

29 janvier : opération. Le trajet fistuleux est unique, la fistule est complète, le décollement autour de la muqueuse rectale ne remonte pas très haut. Incision, raclage, cautérisation, etc., suivant la méthode ordinaire.

17 février : le malade quitte le service, guéri. Les suites de l'opération n'ont rien présenté de particulier.

OBSERVATION IV

J. B. Ch..., cultivateur, 67 ans, entre à St-Philippe, n° 35, le 14 juin 1882. (Service de la clinique chirurgicale.)

Rien du côté de l'hérédité. Fièvre intermittente en Afrique, disparue depuis longtemps. Pas d'hémorroïdes. Santé excellente habituellement. Pas d'alcoolisme.

Son affection a débuté, il y a 3 mois, par un abcès de l'anus (côté gauche), très volumineux, qui s'ouvrit quelques jours après, et qui a toujours suppuré depuis. Les selles étaient douloureuses, sanguinolentes.

Actuellement, on constate deux trajets fistuleux, l'un au niveau de l'anus, l'autre vers la partie postérieure du périnée; ces deux trajets communiquent entre eux et s'ouvrent à l'intérieur du rectum. En outre : hémorroïdes internes, rectite chronique.

Depuis l'apparition de ces fistules : œdème des jambes; cependant l'état général est assez bon, rien d'appréciable aux organes, un peu de catarrhe et d'emphysème. Cœur sain, athérome artériel. Pas de sucre, pas d'albumine. Les digestions se font bien, mais le malade n'a pas d'appétit.

21 juin. L'œdème s'accroît, l'état général devient mauvais, il se forme des eschares sur la fesse droite et des taches ecchymotiques sur les membres. Un examen minutieux ne fait rien découvrir d'anormal. Pas d'albumine; pas de sucre; beaucoup de phosphates.

Vu le mauvais état général, M. Tripier ouvre les trajets fistuleux au thermo-cautère, sans toucher au rectum; les parois sont fortement cautérisées avec le Pacquelin; pas d'hémorrhagie. On applique le tube rectal et l'on fait le pansement mixte.

29. Depuis le jour de l'opération, tout a marché régulièrement. Depuis hier, diarrhée incoercible, léger délire. On donne des bains de siège et on traite la diarrhée.

1^{er} juillet. Le délire persiste ainsi que la diarrhée, l'état général s'aggrave, on supprime le pansement à l'iodoforme.

6. Amélioration légère.

10. Le délire et la diarrhée ont totalement disparu; le malade est revenu à son état normal. La plaie ne présente rien de particulier à signaler. La température n'a jamais été anormale. On reprend le pansement à l'iodoforme.

15 août. Le malade reprenait des forces, la plaie marchait à la cicatrisation; mais depuis quelques jours, la diarrhée est revenue, l'œdème se généralise, l'appétit disparaît. Aujourd'hui, l'état général est mauvais, un peu de délire. La plaie ne présente rien d'anormal.

20. Le malade est dans le collapsus.

22. Le malade n'urine plus ; on fait le cathétérisme.

23. Eschares nombreuses avec suppuration abondante.

3 septembre. Décès.

Cette observation montre combien est peu grave l'opération lorsque l'on s'entoure de toutes les précautions antiseptiques. Malgré un état général déplorable, il n'y a pas eu de réaction inflammatoire, pas d'élévation de température. Les accidents ne sont survenus que 8 jours après l'opération ; lorsque la cachexie a déterminé la mort, la plaie tendait à se cicatriser.

OBSERVATION V

Claude E..., cultivateur, 21 ans, entre le 2 mai 1883 dans la salle St-Philippe, n° 31 (service de la clinique chirurgicale. Professeur, M. L. Tripier). Ce jeune homme, fort et vigoureux, a toutes les apparences d'une bonne santé ; rien du côté de l'hérédité, pas d'antécédents pathologiques graves. Il ne tousse pas.

Il entre pour une fistule anale, qui a commencé il y a 7 ans par un abcès de la marge de l'anus, suite de variole. Depuis cette époque, la suppuration a été continue.

A 7 cent. de l'orifice anal, du côté gauche, on trouve un petit tubercule bourgeonnant, percé d'un orifice d'où s'échappe un suintement ichoreux, mais jamais de matières fécales. On ne trouve pas d'orifice interne, mais la muqueuse rectale est le siège d'ulcérations hémorroïdales.

Les organes génito-urinaires et le poumon sont sains.

11 mai. M. Tripier incise le trajet fistuleux et le rectum, qui présente une légère perforation ; il n'y a pas de trajets secondaires, mais des diverticules, dont un se dirigeant en arrière est assez considérable. M. Tripier les incise. Le

rectum n'est décollé que sur une très petite hauteur, il est aussi sectionné. On termine l'opération, ainsi qu'il a été dit plus haut.

Les suites de l'opération furent des plus simples, et le 24 juin, le malade quitte l'hôpital, la cicatrisation étant complète.

OBSERVATION VI

Louis B..., 16 ans, apprenti marbrier, entre le 21 février 1884, salle Saint-Philippe, n° 24 (Service de la Clinique chirurgicale).

Son père et sa mère toussent un peu, ses frères et sœurs se portent bien. Pour lui, il a toujours eu une bonne santé. Il ne tousse pas habituellement, il n'est pas sujet aux rhumes.

Pendant son enfance, il a eu à plusieurs reprises des furoncles dans la région anale. Il y a 2 ans, à la suite d'un bain de rivière, il lui est sorti des petits abcès au pourtour de l'anus; un d'eux n'a jamais guéri, il augmente parfois de volume, et il laisse ensuite couler de l'humeur. Actuellement, la sécrétion est plus abondante. La défécation est douloureuse quand les matières expulsées sont dures.

Sur le périnée, à 3 cent. en avant de l'anus, on trouve une petite saillie ayant l'apparence d'un bourgeon charnu, reposant sur une large base indurée. Au centre est l'orifice externe. Le stylet pénètre difficilement dans le trajet, il est arrêté au bout de 2 cent. Au pourtour de l'anus, deux autres ulcérations : l'une a l'apparence d'un petit pertuis ; l'autre, de forme allongée, se cache dans les plis de l'anus. Ces deux orifices communiquent avec le trajet principal.

On ne trouve rien d'anormal dans les autres organes ; rien au poumon. L'état général est d'ailleurs excellent.

1^{er} mars. Pendant l'anesthésie, on reconnaît que la fistule est complète, l'orifice interne est à environ 4 cent. de l'anus. L'opération, qui est la répétition des précédentes, ne présente

rien de particulier, si ce n'est que l'on est obligé d'ouvrir un clapier, qui se trouve en avant du trajet principal.

10 avril. Les suites de l'opération n'ont rien présenté à signaler; la cicatrisation est à peu près complète, le tube n'est resté en place que 3 semaines; il sort.

OBSERVATION VII

Hugues D..., 49 ans, militaire retraité, entré à Saint-Philippe, n° 4 (Service de la Clinique chirurgicale, le 11 août 1882). Rien du côté de l'hérédité, pas d'antécédents pathologiques graves. On ne trouve aucune diathèse ni tuberculeuse, ni rhumatismale. Il ne tousse pas, il n'a jamais craché le sang.

Il y a 10 ans, étant encore soldat, il eut un abcès de la marge de l'anus, de cause inconnue, qui guérit au bout de quelques semaines après une incision. Depuis lors, il s'est bien porté. Il n'a jamais eu d'hémorroïdes.

Il y a 15 jours, il commença à ressentir du prurit anal, sans suintement, et il y a 8 jours, la région de l'anus se tuméfia et devint douloureuse, surtout pendant la défécation.

Actuellement, on trouve, au niveau de la cicatrice de l'ancien abcès, une tuméfaction notable, fluctuante, ulcérée, très douloureuse à la pression. Aucun trajet fistuleux; aucune ulcération du rectum. En outre: fièvre, frissons erratiques.

Rien du côté du poumon.

12 avril. Ouverture de l'abcès avec le bistouri, il s'écoule une grande quantité de pus fétide, sans matière stercorale; le rectum est décollé, mais on ne trouve pas d'orifice interne; il existe un vaste clapier en arrière, que l'on ouvre largement et que l'on fait communiquer avec l'abcès principal. On racle les parois avec la curette de Volkmann, et l'on remplit la cavité de gaze iodoformée. On termine le pansement avec le tube rectal et les doubles de Lister.

13 avril. Les phénomènes aigus ont disparu. Le malade est soulagé. Rien d'anormal du côté de la plaie.

24 avril. On constate la communication de la poche de l'abcès avec la cavité rectale. Aussitôt, on incise le rectum dans toute la hauteur de l'abcès et on fait le pansement ordinaire.

12 mai. Le malade sort guéri.

Ces quelques observations suffisent pour montrer la valeur de la méthode. Les suites de l'opération sont toujours des plus simples : pas de réaction inflammatoire, pas d'élévation de température, aucune complication. La cicatrisation s'obtient rapidement, mais, dès que les chairs sont à niveau, il faut avoir soin d'abandonner l'usage de l'iodoforme et toucher la plaie avec le nitrate d'argent ; les cautérisations devront être répétées tous les deux jours environ ; c'est le moyen d'activer la guérison et d'avoir une cicatrice régulière.

Nous nous rappelons un malade de la ville qui était évidemment tuberculeux, et qui, quelques années auparavant, avait été opéré pour une fistule anale par la méthode ordinaire (incision simple, mèche, etc.). La guérison n'avait pas été complète, il restait des fistules multiples ; M. Tripier lui appliqua sa méthode de traitement, et malgré de nombreux clapiers, la cicatrisation s'obtint très vite. Depuis deux ans, il n'y a pas eu de récurrence. Quant à la lésion pulmonaire il est difficile de dire qu'elle soit guérie ; mais ce que nous pouvons affirmer c'est qu'elle n'a pas empiré.

CONCLUSIONS

La nature tuberculeuse de certains trajets fistuleux de la région anale ne peut être mise en doute, puisque l'on trouve le bacille de Koch dans les parois de la fistule et même dans le pus de l'abcès primitif.

L'intervention doit avoir lieu le plus tôt possible pour empêcher le contagement par propagation et l'infection due à la rétention des produits septiques.

Cette intervention est indiquée même chez les sujets notoirement phthisiques, du moment où il existe des complications résultant de la lésion locale.

L'opération de choix doit être l'incision au bistouri. Elle ne présente pas plus d'inconvénients que les autres procédés ; mais elle seule est capable d'ouvrir tous les diverticules, de vider tous les clapiers. Elle doit être complétée par le grattage des parois avec la curette de Volkmann, et la cautérisation avec le thermo-cautère. Ces méthodes adjuvantes ont pour

résultat de détruire les fongosités, de modifier les tissus et d'assurer l'hémostase.

Pour pratiquer l'opération, on devra toujours s'entourer de toutes les précautions antiseptiques, afin d'éviter les accidents consécutifs des plaies.

Le meilleur pansement après l'opération de la fistule anale est le pansement mixte : à l'iodoforme et à la gaze phéniquée, parce que, seul, il rend l'occlusion complète.

Lorsque l'état général est mauvais, les débridements avec le bistouri et le pansement à l'iodoforme peuvent être également indiqués, mais le résultat n'est jamais certain.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissu conjonctif et ses variétés.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la respiration. — Evaporation pulmonaire.

Physique. — Propriétés physiques des muscles et Mécanique des organes de la locomotion.

Chimie. — De l'urée. — Composition. — Synthèse. — Propriétés. — Dosage dans l'urine.

Zoologie et anatomie comparée. — Spongiaires. — Organisation. — Propriétés.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de salsepareilles. — Structure et fonctions des racines.

Pathologie externe. — Des tumeurs irritables et des tumeurs douloureuses.

Pathologie interne. — Des angines.

Thérapeutique. — Du mercure.

Hygiène. — De l'asphyxie par le froid.

Accouchements. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Pathologie générale. — Définition de l'espèce morbide.

Ophthalmologie. — Existe-t-il un centre des mouvements de l'œil? Où est-il placé?

Médecine opératoire. — De la ligature des artères.

Anatomie. — Des aponévroses du cou.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Du chancre infectant.

Anatomie pathologique. — Des ulcérations en général.

Médecine légale. — Des signes de la macération du fœtus dans l'utérus.

Médecine expérimentale et comparée. — Du mode de production de la pustule maligne.

Cliniques médicales. — Des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. — Diagnostic et traitement de l'asystolie.

Cliniques chirurgicales. — Des pseudarthroses et des diverses causes qui s'opposent à la formation du cal. — Des fractures de la colonne vertébrale.

VU :

Le Président de Thèse,
LÉON TRIPIER.

Vu : Pour le Doyen :

L'Assesseur,
CROLAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Pour le Recteur en tournée :

L'Inspecteur d'Académie délégué,
A. GAUDIER.

